

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**“DR. LUIS CLAUDIO CERVANTES LIÑÁN**



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

**TESIS**

**USO DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y SU  
INFLUENCIA EN LAS SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL  
ABORTO EN ALUMNAS DEL 5to. CICLO DE  
ENFERMERÍA DEL I.E.S. DANIEL ALCIDES CARRION.**

**PRESENTADA POR:**

**JESSICA DEL ROSARIO VEREAU JAVE**

**Para optar el grado de Maestra en Psicología del Niño y del  
Adolescente**

**ASESOR DE TESIS: DR. JOSE ANICAMA**

**LIMA- PERÚ**

**2012**

**DEDICATORIA:**

A mi familia, amigos, colegas y estudiantes en general, en cuyos espíritus germina la semilla del desarrollo, que motiva a la acción, cristalizando el sueño de edificar una mejor sociedad.

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi agradecimiento a la Universidad Particular Inca Garcilaso de la Vega, por haberme proporcionado los recursos humanos, logísticos y tecnológicos necesarios que han contribuido a mi óptima formación profesional, consagrada con la exitosa culminación de mi maestría en Psicología del Niño y Adolescente.

Mi especial agradecimiento al Dr. José Anicama Gómez, por su valioso aporte profesional durante su desempeño docente, enfatizando aún más su rol educador al constituirse en consejera, guía y orientador permanente, posibilitando con su asesoramiento el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Mi singular agradecimiento al Instituto Daniel Alcides Carrión, por haberme brindado las facilidades en el levamiento de información que ha permitido el estudio y análisis de la temática desarrollada.

Mi más sentido agradecimiento a los colegas y amigos que me han proporcionado su apoyo desinteresado y aliento afectuoso para la culminación del presente trabajo de investigación.

# ÍNDICE

## Resumen

## Abstract

## Introducción

### Capítulo I: Fundamentos Teóricos

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| 1.1. Antecedentes de la Investigación | 1 - 5   |
| 1.2. Marco Teórico                    | 6 - 47  |
| 1.3. Marco Conceptual                 | 48 - 54 |

### Capítulo II: El Problema de Investigación

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| 2.1. Descripción de la realidad problemática | 55 - 62 |
| 2.2. Delimitación de la investigación        | 62 - 63 |
| 2.3. Planteamiento del problema              | 63 - 64 |
| 2.4. Los objetivos de la investigación       | 64 - 65 |
| 2.5. La hipótesis de la investigación        | 66      |
| 2.6. Las variables y los indicadores         | 67      |
| 2.7. Justificación e Importancia del Estudio | 68 - 69 |

### Capítulo III: Metodología

|                                                      |         |
|------------------------------------------------------|---------|
| 3.1. Tipo y diseño de investigación                  | 70      |
| 3.2. Población y muestra                             | 70 - 72 |
| 3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 73 - 84 |
| 3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos   | 85      |

### Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| 4.1. Presentación de resultados | 86 - 99   |
| 4.2. Contrastación de hipótesis | 100 - 104 |
| 4.3. Discusión de resultados    | 105 - 108 |

### Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| 5.1 Conclusiones    | 109       |
| 5.2 Recomendaciones | 110 - 112 |

## BIBLIOGRAFÍA

## ANEXOS

## RESUMEN

La Investigación tiene como objetivo conocer el “Uso de la Terapia Racional Emotiva y su Influencia en las Secuelas Psicológicas del Aborto en alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión”. La variable independiente es el uso de la terapia racional emotiva y la dependiente las secuelas psicológicas del aborto. La población en estudio está conformada por 25 estudiantes de sexo femenino entre las edades de 17 a 20 años. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith y el Programa de Intervención de la Terapia Racional Emotiva. El Diseño de Investigación es de tipo cuasi experimental con pre y post prueba. Los resultados aplicando Coeficiente de Correlación de Pearson, demostraron que existe diferencia significativa de las secuelas psicológicas del aborto en el aspecto social, familiar y personal de la población en estudio. Se concluyó que el Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente las secuelas del aborto en el aspecto social, familiar y personal. Por otra parte la técnica aplicada no disminuye significativamente las secuelas psicológicas del aborto en el área de rendimiento académico.

**Palabras Claves:** Aborto, secuelas psicológicas del aborto, Autoestima, Terapia racional emotiva.

## **ABSTRACT**

This research aims to know the "use of rational emotive therapy and their Influence on the Aftermath of Abortion on Adolescents of the 5<sup>th</sup>. Nursing Cycle I.S.T. "Daniel Alcides Carrión". The independent variable is the rational emotive therapy and the dependent variable is aftermath of abortion.

The study population is comprised of 25 female students between the ages of 16 to 20 years. The instrument used was the Self-Esteem Inventory Stanley Coopersmith (SEI) school version of Stanley Coopersmith.

The research design is experimental with pre and post test. Results by applying the "student T" showed that there was significant differences in the aftermath of abortion in family and personal social aspect of the study population.

Research concluded that : the use of rational emotive therapy significantly reduce the consequences of abortion in the social, family and personal.

Moreover, the research has been determined that the technique used did not significantly lower the academic performance of students with sequelae of abortion.

Key Words: Rational Emotive Therapy, abortion, Self-Esteem, Inventory Stanley Coopersmith.

## **INTRODUCCIÓN**

La presente Investigación titulada “Uso de la Terapia Racional Emotiva y su influencia en las secuelas psicológicas del aborto en alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión”, busca conocer como el uso de la terapia racional emotiva influye en las secuelas psicológicas del aborto en alumnas de la especialidad técnica de enfermería de un instituto de estudios técnicos superiores de la ciudad de lima.

Los capítulos I y II, base de nuestra investigación, están abocados a caracterizar la realidad del objeto en estudio el aborto tema muy sensible tanto por el impacto que tiene en la salud, economía y en la área personal de las mujeres. Así como los problemas y objetivos para la presente investigación; de igual modo se presenta un sólido marco teórico de la variable componente de nuestra investigación, ello, con la finalidad de dar una visión clara del tema tratado.

El capítulo III, enfoca de manera clara el planteamiento metodológico aplicado en la investigación: el tipo de investigación hasta los instrumentos de recolección de datos.

Los capítulos IV y V están abocados hacer un cuidadoso análisis; para pasar con ésta amplia información, a dar conclusiones y finalmente con todos los elementos de juicio plantear recomendaciones objetivas y viables.

## **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **1.1. Antecedentes de la Investigación**

Judá (2008), realizó un estudio de tipo descriptivo prospectivo transversal y de observación de los factores epidemiológicos frecuentes del aborto clínico (AC) en el Hospital de Apoyo de Barranca, en una población de 87 pacientes que tuvieron abortos durante el periodo de la investigación, de un total de 928 atenciones de partos donde se concluye que los casos de aborto clínico (AC) tuvieron las siguientes características epidemiológicas; edad materna promedio de 25 años, grado de instrucción secundaria el 72.4% de la población estudiada, ocupación el 69% eran amas de casa, estado civil el 98% eran casadas o convivientes, la mayoría de madres procedían de las zonas urbanas de la ciudad de barranca y la edad de gestación era de 4 a 20 semanas de embarazo, existiendo ausencia significativa de atención de control prenatal, los casos más recurrentes era el aborto espontaneo incompleto con un 58% en la población.

Lam (2008), determinar las correlaciones y asociaciones de riesgo entre sintomatología depresiva, casos probables de depresión mayor según factores psicosociales. Estudio observacional transversal analítico en tres hospitales de Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). En muestra de 593 gestantes. Se utilizó la Escala de la Depresión de Edimburgo (EPDS) para medir sintomatología depresiva y casos



probables de depresión mayor. La prevalencia de casos probables de depresión mayor era de 34.1%. Según regresión logística, fueron factores asociados independientes para probable depresión mayor: antecedente de aborto (OR=1.71;IC95%:1.15-2.54;  $p<0.01$ ), no planificación de embarazo (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66;  $p<0.01$ ), apoyo emocional (OR:0.45; IC95%: 0.26-0.78;  $p<0.01$ ), apoyo afectivo (OR: 0.29; IC95%: 0.19-0.43;  $p<0.05$ ), antecedente de violencia (OR:3.96; IC95%: 2.68-5.85;  $p<0.01$ ). La EPDS es un cuestionario confiable y posiblemente válido para ser utilizado en la identificación de sintomatología depresiva y de probables casos de depresión mayor en población gestante de Lima (Perú). El estudio revela una alta prevalencia de casos probables de depresión mayor y encuentra asociaciones significativas en relación a los factores psicosociales referidos por la literatura especializada.

Según un informe de la OPS (2006), se manifiesta *“que en el Perú uno de los campos de mayor abandono en el sistema de salud es el referido a la salud mental materno-perinatal”*. No existe en ninguno de los niveles de atención, un servicio de psiquiatría o psicología que se encargue de velar por el bienestar mental de las mujeres durante el periodo antenatal, como postnatal.

Field (2004), encontraron que las madres con síntoma depresivos durante el embarazo tuvieron mayores niveles de cortisol y menores niveles de dopamina y serotonina. Así mismo, encontraron que dichas madres tuvieron más riesgo de parto prematuro y de tener un neonato

con bajo peso. Además, los neonatos de dichas madres obtuvieron menos puntajes en la Escala Neonatal de Brazelton que valora la calidad de respuesta del niño y la cantidad de estimulación que necesita (nivel I de evidencia).

Un estudio retrospectivo de Dra. Marie A. Peeterers (2004), que está en un informe de PROVIDA PRESS que abarcaba un período de cinco años en dos provincias canadienses detectó que la visita a los servicios médicos y psiquiátricos era sensiblemente mayor entre mujeres que habían abortado. Lo más revelador fue la conclusión a la que se llegó, según la cual el 25% de mujeres que habían abortado visitaban a los psiquiatras frente al 3% del grupo de control. Las mujeres que han abortado tienen bastantes más probabilidades que otras de requerir el ingreso posterior en un hospital psiquiátrico. Adolescentes, mujeres separadas o divorciadas, y aquéllas en cuya historia clínica figura más de un aborto encaran un riesgo especialmente alto. Puesto que muchas mujeres tras un aborto recurren a la represión como mecanismo de defensa, puede darse un largo período de negación antes de que una mujer requiera tratamiento psiquiátrico.

Navas Q, A. Bonilla C. (2004), con relación a la morbilidad y mortalidad del aborto en el Hospital Bertha Calderón Roque, de Managua. Afirman que el estado general de las pacientes ingresadas al Hospital eran en condición grave en su mayoría 56.7%, observándose que el 73% de las condiciones de la gestación eran complicadas.

Investigadores finlandeses como Speckhard, Sed e Ward, Gissler, Hemminki e Lonnqvist (1987), identificaron una estrecha relación estadística entre el aborto y el suicidio en un estudio basado en registros. Los 73 suicidios identificados se asociaban en el espacio de un año de embarazos que acababan de forma natural o por aborto provocado. La tasa media anual de suicidio femenino en general fue del 11.3% por cada 100. La tasa de suicidios asociados con nacimientos era significativamente más baja. Las tasas para interrupción del embarazo resultaron sensiblemente más altas. Para el aborto natural la tasa fue del 18.1% por cada 100 y para el aborto provocado del 34.7%.

Ashton (1980), en un estudio realizado sobre pacientes post-aborto a sólo 8 semanas de haber abortado, el investigador halló que el 44% se quejaba de trastornos nerviosos, el 36% había sufrido alteraciones de sueño, el 31% tenía arrepentimientos por la decisión tomada y el 11% le había sido prescritos fármacos psicotrópicos por su médico de cabecera.

Badgley (1977), manifestó que un 60% de mujeres que experimentan secuelas post-aborto declararon albergar ideas suicidas con un 28% que intentarían realmente suicidarse de las cuales la mitad lo habrían hecho en dos o más ocasiones.

Ney,(1976), en Boston (Estados Unidos) en un estudio de seguimiento de los efectos que tiene la experiencia de aborto sobre las emociones de ansiedad, depresión, cólera, culpa y vergüenza, encuentran un decremento significativo de todas ellas seis meses después de la intervención.

La revisión de investigaciones nos permiten afirmar que las mujeres tras un aborto van tener reacciones emocionales negativas que van afectar su vida, por lo que recurren a la represión como mecanismo de defensa, o presentan otras secuelas psicológicas como, estados de melancolía, frustración, baja autoestima, estrés, problemas familiares etc. que van a afectar su vida, estos síntomas puede darse tras un largo período de negación antes de que una mujer requiera tratamiento especializado. Estos sentimientos reprimidos son susceptibles de causar afecciones psicosomáticas y psiquiátricos o conductas negativas en otras facetas de la vida de la mujer.

## 1.2. Marco Teórico

### 1.2.1. Reseña Histórica

Los historiadores mencionan que en las Culturas Orientales no existían prohibiciones respecto al aborto, en países como la china, o la india no existen evidencias sobre la práctica del aborto por lo que estima que no han sido parte de sus tradiciones culturales, religiosas, filosóficas o legales convencionales. Teniendo en cuenta que en estas culturas la influencia del pensamiento occidental ha sido muy limitado, solo recién en los últimos cuatro siglos se ha fortalecido el contacto cultural, social, político, militar y religioso, es más aun existen muchas diferencias a nivel religioso, en este continente predominan religiones como la budista o el islam, donde también se sanciona la práctica del aborto.

En la antigua China por ejemplo el aborto se veía más bien como un castigo impuesto por los padres contra Dios, un crimen en agravio a la sociedad; los códigos penales Chinos tradicionales no incluían ninguna disposición contra el aborto sino hasta el final de la dinastía Manchú, al termino del siglo XIX, cuando se prohibió el aborto. Esta innovación hecha para modernizar el sistema legal Chino fue una de las condiciones impuestas por los poderes occidentales para retirarse de China.

En Japón el aborto no se consideró un crimen sino hasta la reforma **Meiji** que modernizó el sistema judicial recién en la edad moderna. Es así, como se adoptó un Código Penal, cuyo patrón era el modelo francés, con sus disposiciones en contra del aborto. Donde se

manifiesta que es Dios “*El creador de la vida*”, esta filosofía era ajena a la filosofía propuesta por Confucio quien considera al hombre como un ser que pertenece al cosmos concepto que prevalecía en la mayor parte del Japón, las sanciones en contra del aborto rara vez entraron en vigor. (Morales A, y Santos R. 1996).

En cambio en las Culturas Occidentales como en Grecia, filósofos como **Platón y Aristóteles** aconsejaron la práctica del aborto para contener y regular el excesivo tamaño de la población y mantener estables las condiciones sociales y económicas. Debemos mencionar que las leyes Lacedonómicas, (Esparta), pusieron al feto bajo la protección del estado, obedeciendo sin duda al carácter de este pueblo que deseaba ante todo, atletas y guerreros. El orador **Lisias**, que ejerció la profesión de legislador, acusó al autor de un aborto como *Reo de Homicidio*. Para que el aborto tuviera esta consideración era necesario que el feto se hallase animado. Los griegos tenían por no punible al aborto, cuando todavía no estaba animado el feto, en consecuencia, no se miraba el aborto como deshonesto, los filósofos hablaban de su práctica como un hecho natural.

**Aristóteles**, estableció que el feto era animado hasta los cuarenta días de preñez, si era varón y hasta los ochenta días si era hembra. Así también recomendaba el aborto para limitar el tamaño de la familia.

**Platón**, recomendaba el aborto a las mujeres embarazadas mayores de cuarenta años o también si su compañero era mayor de cincuenta y veía

la interrupción del embarazo no deseado como un medio para perfeccionar el propio cuerpo.

**Hipócrates**, estaba en contra del aborto por razones médicas él se dio cuenta que muchas mujeres sufrían, infecciones, esterilidad y hasta la muerte, sin embargo, recomendaba hacer ejercicios violentos en los primeros meses de gestación para lograr el aborto. (Morales A, y Santos R, 1996).

En cambio en el mundo occidental partir de la era cristiana se ve al aborto como un crimen y posteriormente con el predominio de la religión se prohíbe su practica en toda Europa, en el renacimiento aparece la ciencia y su influencia en la vida social, económica de todo el mundo occidental es intensa y dominante, el desarrollo de la ciencia permite que el hombre moderno vaya liberándose del yugo religioso, la ciencia en Europa y luego en América va a condicionar su práctica, solamente en situaciones donde está en riesgo la salud de la madre, la censura al aborto nació posteriormente como consecuencia del imperialismo que siguió a la revolución industrial. Los tiempos van cambiando y los países se van transformando, a así como las sociedades van evolucionando.

Si además entendemos que los servicios de salud en la edad moderna eran incipientes podemos afirmar que el aborto fue la causa de muchas muertes en esa época. El desarrollo de la medicina, y de las ciencias de la salud van a contribuir a mejorar las condiciones de vida de las personas, pero seguimos bajo el paradigma religioso donde existe la

sanción ética y moral en contra del aborto, pero esto no genera la disminución de su práctica, porque el problema es más humano y de tipo social, donde factores como el educativo, sanitario y económico son los causantes de su práctica y en la era industrial las condiciones de vida no eran las mejores.

En la actualidad existe todo un debate sobre la práctica del aborto. En muchos países del primer mundo se permite su uso, con ciertas condiciones, pero el debate ético religioso no se ha superado entre ciencia y religión, parece un problema eterno.

En nuestro país no existen estudios que nos puedan dar una idea sobre la práctica del aborto en la edad media o durante el virreinato, es más los estudios sobre este tema empiezan recién en la década de los ochentas, por diversos motivos, existen indicadores de la práctica del aborto de manera informal por los curanderos, y en otros lugares de preferencia este hábito sigue hasta la actualidad en los sectores menos favorecidos económicamente y socialmente. Tenemos que tener en cuenta que la práctica del aborto de por sí ya es un problema pero también que las personas que lo practican van tener efectos negativos en su salud integral, el daño que produce a nivel biológico es grave e incluso puede llegar a causar la muerte y las consecuencias a nivel psicológico van a dañar el autoestima personal, generar depresión, angustia inseguridad problemas emocionales, todo ello va perjudicar el bienestar de la persona.



### **1.2.2. Bases Teóricas**

Los estados o naciones al proyectar sus políticas nacionales de salud pública buscan solucionar las causas de aquellas enfermedades cuyo aumento o repercusión afectan no solo a una familia sino se extienden a toda su comunidad y tienen consecuencias en la economía nacional e inclusive afectan la tranquilidad pública. Tenemos en la actualidad problemas de salud como la obesidad, la depresión y las enfermedades degenerativas que son atendidas de manera integral en todos niveles de atención en los servicios de salud, pero en caso de los abortos solamente existe la atención médica inmediata en los centros hospitalarios y no se atiende los efectos o secuelas que produce la práctica del mismo tanto a nivel orgánico como a nivel psicológico.

El aborto es un problema de salud pública que cada vez aumenta más su incidencia en la población joven de nuestro país, si la práctica del aborto tiene diversos matices como el ético, el humano y de salud.

Dentro de los servicios de salud desde postas y hospitales se acepta la práctica del aborto clínico en las primeras semanas de embarazo. Pero existe la práctica informal del mismo que repercute negativamente en la salud mental de las personas que lo practican y además deja graves secuelas tanto a nivel físico como psicológico.

La situación de la práctica del aborto clínico o no clínico está rodeada de una serie de prejuicios sociales, que una persona puede asimilar de diferentes formas, la visión de la psicología cognitiva subraya la

importancia de identificar estas creencias erróneas y compararlas con la realidad, mientras se logra un mejor manejo de las emociones, lo cual es fundamental en estas circunstancias. Además debemos mencionar que en el área de la autoestima el aborto va afectar el interés personal, va generar problemas en las relaciones sociales, en el área familiar y la persona va tener un bajo rendimiento en sus estudios.

Los datos de las investigaciones sobre el tema indican que hay muchos factores que influyen en el aumento de la actividad sexual de los adolescentes, entre los cuales tenemos el nivel socioeconómico bajo, poco desarrollo educativo, familia disfuncionales y de gran tamaño, hogares de un solo padre y falta de educación sexual. Factores como los estilos de vida negativos que se practican desde el hogar o en los centros laborales, la falta de educación sexual en los jóvenes, las crisis de familia, la falta de políticas de prevención y promoción de la salud fuera de los hospitales, a nivel personal, la falta de relaciones de pareja solidas, la baja autoestima en los jóvenes, y la crisis de valores.

Asumimos que en los casos de Aborto espontáneo incompleto tienen que ver con los estilos de vida que llevan las mujeres que se somete a esta práctica, según indican las estadísticas de la OMS se considera que la incidencia del Aborto Espontáneo es 15 al 20% sobre el total de embarazos. También encontramos la presencia de aborto séptico provocado y tratado con éxito y sin detrimento para la salud de las pacientes. Luego encontramos aborto frustrado que concluye con un sangrado uterino prolongado. Un gran número de abortos no se

comunican o son muy precoces y por ello es que no se registran o se atienden los abortos en los centros de salud del MINSA, lo cierto es que la práctica del aborto es una realidad que cada vez afecta a más familias.

Esto implica que en nuestro país las condiciones de la ocurrencia del A.C. no llegan a situaciones graves. Sin embargo no deja de ser un dato alarmante la morbilidad toda vez que la incidencia del aborto en Hospitales nacionales es cada vez más frecuente. Más aún sabiendo el grado de influencia que tiene el aborto como causa de muerte materna en el Perú, donde solo 44% de las mujeres usan métodos anticonceptivos.

Así las tasas de mortalidad materna ubican al Perú entre los primeros lugares de América después de Haití y Bolivia. Un tercio de las hospitalizaciones por aborto ocurre en adolescentes y jóvenes, las complicaciones del aborto son la tercera causa de mortalidad materna. Estos datos guardan relación con el estudio realizado por González N, R. Lima. Perú (2006). Visión Panorámica del Aborto en el Perú, OMS/OPS.2006, donde indican que hasta octubre de ese año nuestro país había alcanzado los 410 mil abortos por año. De acuerdo con la OMS, en América Latina alrededor de 3 millones 700 mil mujeres se someten cada año a abortos ilegales, que cobra la vida de 3,700 de ellas.

El Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos ha introducido ilegalmente en el Perú el aborto con medicamentos. En nuestro país está prohibido el aborto, pero pese a ello se viene incrementando su práctica por los sectores jóvenes, que no miden las consecuencias del mismo. Así mismo en el sector salud hay un desabastecimiento de anticonceptivos, provocando que el 30% de mujeres que solían usar anticonceptivos interrumpiera su régimen, suscitándose más de 120 mil embarazos no deseados, ocurridos en los sectores pobres y entre la población joven.

Sin embargo, las pacientes se encuentran en el grupo de edad fértil óptimo y además representan a un grupo etéreo donde la actividad sexual es más frecuente y no se detectó la utilización de métodos anticonceptivos o por lo menos no existe este dato en las Historias clínicas. En consecuencia, están en riesgo de embarazo y expuestas al aborto. Las mujeres que habían abortado tenían mayor probabilidad que otras, de requerir el ingreso posterior en un hospital para un tratamiento psiquiátrico o psicológico.

En las mujeres que abortaron antes de las 12 semanas de gestación, la mortalidad fue de 1.1%. Rev. Prat (1985). El aborto provocado puede tener secuelas psíquicas, como depresión o tendencia a autolesionarse difícilmente tratables e irreversibles, independientemente de la actitud previa de la mujer hacia el aborto. La serie de actitudes hacia la sexualidad en la adolescencia, que se hizo evidente en la década de los años setenta, dio como resultado una brecha entre el comportamiento

sexual de los varones y las mujeres que se hace más estrecha a medida que un número cada vez mayor de mujeres tienen actividad sexual. Mientras más joven es la adolescente, más esporádica e infrecuente es su actividad sexual. (Hernández H. Patricia y Santos D. Eunice 2007).

Según la OMS (2004), “las mujeres con alguna señal indicativa de trastorno emocional corren mayor riesgo de graves desajustes mentales tras el aborto” por eso no es extraño que tras el aborto aparezca auténticos cuadros clínicos, a veces muy graves este estudio confirmó que las mujeres que se someten a un aborto corren cuatro veces más el riesgo de morir que las que continúan su embarazo y dan a luz. El estudio analizó más de nueve mil casos. Además las madres que dieron a luz son un 50% menos propensa a morir que las que no tuvieron hijos. El médico encargado de la investigación, explicó que se trata de un estudio impecable, basado en informaciones verídicas que confirman que el hecho de que el aborto sea más peligroso que el parto, no es algo que pueda dudarse.

Las investigaciones encontraron que en comparación con las mujeres que llevaron su embarazo hasta el final, las que abortaron en el año previo a su muerte fueron más propensas a morir por causas naturales, más tendientes al suicidio y más propensas a ser víctimas de un homicidio. Las Investigaciones creen que el alto índice de muertes relacionadas accidentes y homicidios está relacionado a las tasas más altas de conductas suicidas o de alto riesgo. (Vía Internet Vida Humana Internacional 2000).

Salama y Castanedo, en su libro Manual de Psicodiagnóstico, Intervención y Supervisión para Psicoterapeutas (1991), mencionan las variantes que los diversos autores (Goodman, Latner, Polster, Petit, Pierret) han propuesto en cuanto al orden y número de los mecanismos psicológicos que intervienen el proceso del aborto estos son; Desensibilización, Proyección, Introyección, Retroflexión, Deflexión, Confluencia, Fijación y Retención. Lo interesante y novedoso del aporte de estos autores es su intento por desarrollar una Psicopatología Gestáltica, que busque entender los problemas emocionales a partir de las interrupciones del ciclo de la experiencia.

### **1.2.3. Principios y consideraciones Bio-éticas**

Ahora bien, una de las discusiones más clásicas a este respecto se sitúa en la controversia de si ese ser que puede morir a causa del aborto es o no persona, o es o no ser humano. Es decir, este debate sobre el aborto, es interpretado como un debate acerca de si el feto es o no una persona.

Las cuestiones de la ética afectan a todos los profesionales de la salud, y el aborto tiene una repercusión muy grave en la relación moral terapeuta-paciente. Recordemos que la teoría teleologista tiene como principio el reino de los fines, es decir, en consonancia con el utilitarismo, una acción es moralmente buena cuando produce mayores beneficios que perjuicios y luego J.S. Mill (1994), cita que “el bien mayor para el mayor número”, esta teoría mira el fin o las consecuencias.

Mientras que la teoría kantiana deontológica consiste en la obligación que manda la ley, sea esta de orden natural, legal, social o moral. Es lo que el deber manda, el imperativo categórico, el deber ser. Si para los primeros se debe hacer lo que es bueno, para los segundos, es bueno hacer lo que se debe.

Estas teorías conformarán los tres principios normativos que constituyen el eje del modelo de la bioética; beneficencia, autonomía y justicia. Es en el primer principio donde podemos advertir su carácter utilitarista y en el segundo su carácter deontológico. Así, será el principio de la justicia (la virtud) el que equilibre estos dos “vicios” “... el uno por exceso, el otro por defecto...”

El aborto clínico es visto dentro de la medicina y la psicología como un problema humano, ético y la bioética nos da los elementos para tomar una decisión, si viene es la persona la responsable de las decisiones que toma respecto a su salud física, mental o emocional, no podemos dejar de mencionar el papel del profesional de la salud, que atiende a estas mujeres, la atención puede ser médica, o posterior psicológica, lo cierto es que las personas que son víctimas del aborto por cualquier motivo viven un trauma, que afecta su salud física como la salud mental, con graves consecuencias a nivel psicológico. Y el papel de la bioética dentro del aborto es fundamental, el hacer el bien y no hacer el mal constituyen la fórmula de la moralidad individual y social.

De esta manera, el deber pasivo o negativo de los profesionales de la salud, va a tener consecuencias, para la bioética la práctica del aborto es algo muy extremo y solo se debe permitir en casos de suma urgencia y donde esté en juego la vida de la madre.

Contando con los principios de la bioética podremos analizar la situación particular del paciente para poder tomar una decisión adecuada al respecto, pero tengamos en cuenta que, son nuestras posturas teóricas las que nos proporcionarán el marco para la fundamentación también teórica respecto de la situación del paciente. Son distintos los motivos que puede tener una persona para someterse a una interrupción en el embarazo, la discusión se centra en torno a la ilegitimidad de la interrupción del embarazo.

Los defensores del aborto han procurado cubrir su naturaleza criminal mediante terminología confusa o evasiva, ocultando el asesinato con jerga como "interrupción voluntaria del embarazo" o bajo conceptos como "derecho a decidir" o "derecho a la salud reproductiva". Ninguno de estos artificios del lenguaje, pueden ocultar el hecho de que el aborto es un infanticidio. (Merck Sharp & Dohme 1997).

Las adolescentes utilizan una amplia variedad de productos químicos al intentar provocarse ellas mismas el aborto, un tratamiento óptimo y oportuno evitará daños en la salud. Inmediatamente surge el sentimiento de culpabilidad que acompaña por años a la adolescente.



En un estudio en la Universidad de Minnesota la Dra. Anne Speckhard en el año 1987, encontró que luego de cinco a diez años el 81% de las mujeres aún pensaba en su aborto y que existiendo diversas formas de tratamiento para el aborto incompleto, como es el legrado uterino instrumental (LUI), aspiración manual endouterino (AMEU), aspiración eléctrica (AE), entre otros. (Príncipe Cahuana, Ana Ysabel 2002).

Se puede hablar de aborto espontáneo cuando la muerte es producto de alguna anomalía o disfunción no prevista ni deseada por la madre; y de aborto provocado (que es lo que suele entenderse cuando se habla simplemente de aborto) cuando la muerte del bebé es procurada de cualquier manera: Doméstica, química o quirúrgica. (Schwartz, R. Doverges C. y, Gonzalo A. Fescina R. 1986).

### **1.2.3. Causas del Embarazo Precoz**

Se ha observado que existe mayor incidencia de madres precoces en el medio rural que en el medio urbano: 25 de cada 100 son madres antes de los 20 años en el medio rural, frente a 13 de cada 100 en el medio urbano. El bajo nivel de educación es uno de los factores subyacentes de la fecundidad precoz en el Perú. La proporción de madres adolescentes que viven en familias no nucleares es 8.9%, con una tasa de fecundidad más elevada frente a las que residen en hogares nucleares.

Podemos mencionar que las causas de los embarazos precoces son muchas tenemos algunas que tienen que ver con el nivel educativo, la

baja autoestima, las condiciones ambientales como pobreza, falta de oportunidades laborales, crisis de familia, el contexto cultural y el desempleo. La falta de acceso a los servicios de salud de los Adolescentes genera el aumento de los embarazos en los adolescentes y jóvenes de nuestro país.

Motivación sexual es otra de las causas del embarazo en los jóvenes, el sexo, como el hambre, es un motivo que tiene una base fisiológica, pero está más afectado por el aprendizaje y por los valores de cada persona. Las evidencias nuevas sugieren que la orientación sexual está sujeta a las influencias de los genes, de las hormonas prenatales y del cerebro.

Los efectos más graves del embarazo son la tendencia a evitar el embarazo, los efectos negativos en su salud física, los problemas económicos y familiares, aumenta la inseguridad en la personalidad de la madre joven, ayuda a disminuir su autoestima y por último genera trastornos a nivel hormonal en la futura mamá. Además aumenta los factores de riesgo para su salud y va a limitar las oportunidades de educación y empleo, por consiguiente prolongar el ciclo de madres en situación de desventaja que transmiten su vulnerabilidad a sus hijas y éstas a las suyas. El desarrollo de la adolescente se ve afectado por el embarazo al encontrarse en una etapa de crecimiento y desarrollo.

Los embarazos precoces también afectan al recién nacido: Los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de retraso en el crecimiento

intrauterino y de nacer con bajo peso, lo cual influye negativamente en el desarrollo mental y físico del niño.

En los embarazos precoces aumentan los abortos, Las adolescentes entre 15 y 19 años tiene un riesgo de dos veces mayor de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 34 años. Las adolescentes sexualmente activas tienen mayor probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS) incluyendo al SIDA.

Efectos del embarazo precoz sobre el proyecto de vida de las adolescentes embarazadas son negativos ya que muchas dejan de estudiar o son expulsadas de los colegios, esto provoca que se trunque su futuro y no puedan realizarse como ellas soñaban.

#### **1.2.4. Embarazo no Deseado**

Cuando llega el momento de evaluar la interrupción del embarazo, muchas mujeres han decidido firmemente que el suyo es un embarazo “no deseado” y quieren interrumpirlo, existiendo el concepto de “no deseado” es en sí mismo complejo; “No deseado” no debe ser considerado una expresión sinónima con “ilegitimo” o “no planificado”. Ocasionalmente desde el principio se busca el embarazo con la idea deliberada de formar una familia o de un solo un progenitor, sin el compañero masculino también es posible que un embarazo no planificado sea aceptado, desde el principio por la mujer embarazada. (Alfaro Blandón, J. 2001).

### **1.2.5. Los efectos psicológicos de un Embarazo no Deseado en la Adolescencia**

El embarazo debe ser un episodio feliz y meditado sin embargo para los adolescentes normalmente se convierte en una tragedia no sólo para ella, también para el futuro bebe, para los padres, los familiares y los amigos.

El embarazo en la adolescencia todavía hoy sufre en nuestro país, un rechazo social, el problema se genera por el compromiso que supone tener un hijo o hija, implica sacrificio y abandono de muchas actividades que deben ser parte del desarrollo normal de los adolescentes.

Genera frustración de su proyecto de vida y termina por perjudicar enormemente a quienes no tuvieron nada que ver con una decisión o equivocación apresurada de los hijos. Preocupaciones obsesivas por el bienestar del feto o el enojo por asumir la maternidad. Problemas en la estabilidad emocional de la pareja. Culpabilidad por haber fallado a los padres. De esto se puede inferir que un adolescente no es capaz de tomar una decisión de este calibre ya que depende tanto económicamente, social, emocionalmente de su familia, además de no estar preparada para un rol, que todavía con 16 años, le queda grande.

(Internet.[www.parasaber.com/salud/psicología/autoayuda/articulo/aborto-adolescentes-com](http://www.parasaber.com/salud/psicología/autoayuda/articulo/aborto-adolescentes-com)).

### **1.2.6. Desarrollo Bio Psico Sexual**

La sexualidad se presenta como una fuerza interna muy potente y es un fenómeno natural en las personas. El adolescente se siente impulsado sin saber a dónde ir, que hacer, ni cómo satisfacer esa necesidad biológica, pero lo siente, es la tendencia sexual que fuertemente lleva a buscar el placer. (Anexo N° 01: Etapas del Desarrollo Psicosocial de Erickson).

Las características que valoran los adolescentes son la belleza, la voluptuosidad, la sensibilidad, es característica de la adolescencia la búsqueda del amor platónico, ensoñado, inalcanzable.

Algunos sostienen que las diferencias de carácter entre hombres y mujeres son productos biológicos innatos, siendo el proceso de socialización es responsable de la adquisición, formación y desarrollo de la mayoría de los roles sociales, incluyendo los sexuales.

Los principales agentes de socialización que influyen en la identidad sexual alcanzada son la familia, los medios de comunicación, el grupo y el sistema educativo. El estereotipo de género acarrea costos psicológicos; implica limitaciones para el desarrollo de algunas características de la personalidad. Los hombres y mujeres se desarrollan "incompletamente" en sus capacidades, deseos y posibilidades, en pos de "ser" lo que la sociedad espera que sean. La masturbación es muy frecuente entre los adolescentes y frecuentemente en los hombres, aunque las mujeres fantasean más.

El enamoramiento es una vivencia propia de la adolescencia. Se considera como un aprendizaje erótico natural de la edad, permitiendo el desarrollo personal así como el conocimiento del otro sexo. Pero cuando esto sucede y se practica el sexo sin responsabilidad se ve afectado la vida de la pareja, hoy podemos ver que la mayoría de padres son jóvenes que van presentando síntomas psicológicos como la irritabilidad, pesadillas, cefaleas de tensión, angustia focalizada en el parto y bienestar del niño, humor depresivo.

La adolescencia es una etapa de transición y los cambios físicos, psíquicos y sociales que se operan, extrañan la necesidad de que el individuo se adapte a ellos. (Ponce V, 1996). Cuanto más rápida se produzcan estos cambios, tanto más fácil será la adaptación. La transición bio-psico-social de esta época de la vida, no es necesariamente uniforme ni sincrónica, pudiendo haber asincronías entre los aspectos biológico, intelectual, emocional y social. (Consultor de Psicología Infantil y Juvenil 1985).

Actualmente en el mundo occidental, este período corresponde aproximadamente de los 13 a los 19 años, no obstante, en algunos países en vías de desarrollo, la adolescencia era un breve intervalo entre la dependencia de la niñez y las responsabilidades de la adultez. (David G. Myers 2005).

Finalmente diremos que entre los 17 y 19 años. Se consolida la identidad ("uno sabe quién es, que quiere y a donde va").

Desgraciadamente la mayoría de los adolescentes llegarán a la consolidación con muchas imposiciones de sus padres, quienes no se dan cuenta que no dejan crecer con libertad a sus hijos. (Alfaro Blandón, Jeannevive 2001).

En la adolescencia los cambios psicológicos son menos evidentes que los cambios físicos, así la adolescencia se caracteriza primordialmente por los cambios psicológicos que ponen en juego toda la estructura de la personalidad del adolescente, necesitando de autoafirmación y reconocimiento, completando los aprendizajes que van a permitirle asumir sus responsabilidades de adulto en la sociedad. En la adolescencia no solo es de gran importancia el éxito social, sino también, esta etapa de la vida se determinará en gran parte lo que será socialmente en su adultez. (David G. Myers 2005).

Según el Movimiento Manuela Ramos (2002), la cifra en el año 2000 fue de 176 mil adolescentes embarazadas en el Perú. Ese mismo año la población de mujeres adolescentes en el Perú de 15-19 años, ascendía aproximadamente a 1,332,000 representando el 19,4% del total de mujeres en edad fértil (MEF), de esta población el 16,4% de mujeres se convirtieron en madres aún siendo adolescentes; es decir antes de cumplir los 20 años. La población adolescente es el único grupo de toda la población femenina donde la fecundidad se ha incrementado y está en una tasa de 77 por mil. Del total de madres gestantes el 22,8% son adolescentes.

### **1.2.7. Adolescencia y Sexualidad**

En la etapa de la adolescencia de cualquier ser humano el desarrollo de la sexualidad se percibe como una época tormentosa y emocionalmente agresiva, el adolescente siempre está en disputas con los adultos en su familia. Se considera una etapa en que se produce el desarrollo físico y los cambios emocionales más fuertes y rápidos en la historia de cada persona los cambios hormonales comienzan años antes y pueden dar lugar a períodos de inquietud y mal humor.

Los primeros desacuerdos con los adultos aparecen cuando los adolescentes comienzan a desarrollar sus puntos de vista y con frecuencia no son compartidos por sus padres y con otros mayores. Los padres posiblemente se sienten rechazados e incluso desplazados y en cierto sentido los son. Los adolescentes se esfuerzan por ser independientes y quieren probar nuevas cosas y nuevas situaciones de vida. (Whittaker, J. 1985).

En esta etapa en los jóvenes se presentan las primeras experiencias con la bebida, con la droga o el cigarro, el fumar se considera normal, la posibilidad del uso de drogas es alta, además se observan cambios repentinos y graves en la conducta como: trastornos del carácter; cambios repentinos en la alimentación; trastornos de sueño; dificultad para cumplir sus responsabilidades sociales y personales, etc. Así como la curiosidad por el sexo se hace más evidente.



Los estudios han demostrado que los problemas emocionales del adolescente no suelen ser reconocidos ni siquiera por sus familiares o amigos. Otra de las preocupaciones se refiere a la presunción excesiva sobre su capacidad sexual y es el inicio de sus primeras experiencias en esta área de la vida.

Las prácticas sexuales y las relaciones de riesgo repetitivas sin protección son reflejando de un estilo de vida al límite; los adolescentes que asumen estos riesgos tienden a asumirlos en otras facetas de la vida. También existen problemas conductuales. La experiencia sugiere que los adolescentes tienen mayor probabilidad de tener problemas si sus padres no saben dónde están. Es de mucha importancia que los adolescentes no se sientan juzgados por sus padres, interrumpiendo la comunicación efectiva con ellos.

Un factor de mucha ayuda para el adolescente, es que los padres estén de acuerdo entre sí, sobre cómo están manejando las cosas debiendo apoyarse el uno al otro. Las normas en casa deben ser claras se deben ser sensibles a lo que se puede negociar o no, permitiendo que todos integrantes sepan en qué situación se encuentran, debiendo ser aplicadas con justicia y de forma consistente.

Estas diferencias culturales en la actitud sexual se manifiestan en la conducta sexual. Las actitudes y conductas sexuales también varían según la época dentro de la misma cultura. (Ponce Valega, Enma 1996).

La edad promedio de la primera relación sexual de las mujeres es a los 19 años (ENDES) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. De otro lado existen estudios que señalan que el inicio de la vida sexual es a los 13 a 14 años en varones y a los 15 en mujeres. El 98% conoce los MAC (métodos anticonceptivos), sólo 9% usa los MAC. Entre las adolescentes no unidas, 71.6% usan MAC, de ellas el 26% usan métodos modernos. Se sabe que de cada 100 casos de violación sexual: 88% se produce en niñas y adolescentes y 51% en las edades entre 13 y 17 años. (Rojas Salas, Gladis 2009).

#### **1.2.8. Desarrollo Social**

El objetivo social del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un modo autónomo. Las amistades cumplen en esta etapa variadas funciones, como el desarrollo de las habilidades sociales, como ayudar para enfrentar las crisis y los sentimientos comunes, ayudan a la definición de la autoestima y status.

El teórico Erik Erickson (1963), sostenía que cada etapa de la vida se caracteriza por su propia tarea “psicosocial”, una crisis que necesita resolución. Los niños pequeños se debaten entre los temas de *confianza*, luego *autonomía* (independencia), luego *iniciativa*. Los niños en edad escolar desarrollan la competencia, el sentimiento quienes son capaces y productivos. La tarea del adolescente, según Erickson, es sintetizar las posibilidades del pasado, del presente y del futuro tratando de aclarar el sentido del yo. Los adolescentes se preguntan ¿Quién soy

yo como individuo? ¿Qué quiero hacer de mi vida? ¿Qué valores deberían regir mi vida? ¿En qué creo?, Erickson denominó a este proceso “búsqueda de la identidad”. (Perluman D./PC Cozby 1985).

La formación de la identidad en los adolescentes de las culturas occidentales por lo general se da cuándo ellos prueban sus diferentes “yos” en situaciones diversas, tal vez actuando de una manera en el hogar, de otra, con los amigos y también de otra manera en la escuela y en el trabajo. El adolescente se pregunta “¿Qué papel debo interpretar? ¿Cuál es mi verdadero yo?”. Esta confusión de roles suele resolverse mediante la formación de una autodefinición que unifica los diversos yos en un sentido coherente y cómodo de quién es uno, es decir, la *Identidad*. Erikson descubrió que algunos adolescentes definen su identidad antes, tan solo con la asimilación de los valores y las expectativas de los padres. (David G. Myers 2005).

#### **1.2.9. Secuelas Físicas del Aborto**

En las mujeres que han practicado el aborto, los efectos van a ser mucho más graves si son jóvenes e incluso adolescentes. Efectos que van repercutir en las áreas de interés personal, social, familiar y académica de las mujeres jóvenes. A continuación vamos a describir las principales secuelas físicas que manifiestan el aborto; el aborto puede causar la muerte por hemorragia, infección, embolia, anestesia, y embarazos ectópicos sin diagnosticar. El aborto legal constituye la quinta causa de muerte de gestantes en los EE.UU, aunque de hecho se

sabe que la mayoría de muertes relacionadas con el aborto no son registradas oficialmente como tales.

Otra consecuencia es el cáncer de mama, aquí el riesgo obtener o desarrollar cáncer de mama casi se dobla después de un aborto e incluso se incrementa aún más con dos o más abortos. También puede causar cáncer de ovarios, hígado y cervical (cuello uterino). La práctica del aborto puede ocasionar la perforación de útero. Entre un 2 y un 3% de las pacientes que abortan pueden sufrir perforación del útero; es más, la mayoría de estas lesiones quedarán sin ser diagnosticadas ni tratadas. El riesgo de perforación uterina se incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos. El daño en el útero puede complicarse en ulteriores embarazos y eventualmente puede acarrear problemas que requieran una histerectomía, lo que de por sí puede conllevar a diversas complicaciones adicionales y lesiones que incluyen la osteoporosis.

Desgarros cervicales (cuello del útero) el aborto produce desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o las micro-fracturas, que normalmente no son tratadas, pueden también, a la larga perjudicar la función reproductiva. El riesgo de lesión cervical es mayor en adolescentes, para abortos realizados en el segundo trimestre. El aborto incrementa el riesgo de placenta previa en ulteriores embarazos (una circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo deseado), en una escala de entre siete y quince.

Los recién nacidos discapacitados en posteriores embarazos por causas del aborto se asocian con lesiones cervicales y uterinas que pueden incrementar el riesgo de parto prematuro, complicaciones en el parto y desarrollo anormal de la placenta en posteriores embarazos.

El aborto está relacionado de forma importante con un riesgo añadido de embarazos ectópicos posteriores. Afección inflamatoria pélvica, se trata de una enfermedad que puede poner en peligro la vida y conllevar un riesgo añadido de embarazo ectópico y reducción de fertilidad.

La endometritis representa un riesgo post-aborto para todas las mujeres, pero en especial para las adolescentes, las cuales tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de contraer endometritis después de un aborto que las mujeres con edades entre 20 y 29 años.

Resumiendo podemos mencionar que las complicaciones más comunes que pueden darse durante la práctica del aborto son: infección, efusión excesiva de sangre, embolia, desgarro o perforación del útero, complicaciones de la anestesia, convulsiones, hemorragia, lesión cervical y "shock" endotóxico, infección, efusión de sangre, fiebre, quemaduras de segundo grado, dolor abdominal crónico, vómitos, problemas gastro-intestinales, y sensibilización del Rh.

Las adolescentes y jóvenes que se suponen son aproximadamente un 70% de las mujeres que abortan, se exponen a un riesgo mucho más alto de sufrir numerosas complicaciones relacionadas con el aborto.

Esto reza tanto para las complicaciones inmediatas como para los perjuicios reproductivos a largo plazo. (Citado por Merck Sharp & Dohme 1,997).

#### **1.2.10. Secuelas Psicológicas del Aborto**

Las mujeres adolescentes o jóvenes son las que más probabilidades tienen de sufrir trastornos psicológicos después de un aborto así como las que ya presentaban problemas psiquiátricos antes del embarazo, las que interrumpieron un embarazo deseado por motivos de salud, las que no estaban seguras de querer el embarazo o las que abortaron cuando el embarazo estaba ya avanzado. (Revista El Aborto-Consecuencias 2008).

Para la mayoría de las mujeres el aborto no supone una amenaza para su salud mental y no conlleva a efectos psicológicos adversos a largo plazo. Pero esta creencia es falsa por que los estudios mencionados en la presente investigación han demostrado contundentemente que existen secuelas de tipo físico como de tipo psicológico que van afectar la salud mental y emocional del paciente y si este es joven los efectos son mucho más agresivos. Antes de que se legalizara el aborto en algunos países los problemas psicológicos se relacionaban con las dificultades y el estrés por conseguir abortar.

Los efectos psicológicos del abortos son muchos tenemos la disfunción sexual entre 30 y 50% de mujeres que han abortado declararon haber sufrido disfunciones sexuales, tanto de breve como de larga duración,

que comienza inmediatamente después de sus respectivos abortos. El síntoma más frecuente en estos casos es la ausencia de placer en las relaciones. O el dolor añadido, lo que causa aversión al sexo o a los hombres en general.

El aborto se vincula al alcohol entre las mujeres. El aborto seguido de abuso del alcohol se vincula con conductas violentas, divorcio o separación, accidentes de tráfico y pérdida del puesto de trabajo.

El aborto se halla ligado al abuso posterior de las drogas, la adicción a las drogas se vinculan con riesgo incrementado de contraer infecciones por VIH/SIDA, malformaciones congénitas y conducta agresiva.

Para algunas mujeres al menos, el estrés post-aborto se asocia con desórdenes en la ingestión de alimentos tales como comer compulsivamente, bulimia, y anorexia nerviosa.

Para la mayor parte de las parejas, un aborto crea problemas imprevistos en su relación. Las parejas que han recurrido al aborto están más expuestas a divorciarse o a separarse. Muchas mujeres que abortan desarrollan una mayor dificultad para establecer lazos duraderos con un compañero. Esto puede deberse a que el aborto se relaciona con reacciones tales como baja autoestima, mayor desconfianza hacia los hombres, disfunción sexual, abuso de sustancias y niveles incrementados de depresión, ansiedad y cólera pasajera. Las mujeres que se han sometido a más de un aborto (que representan alrededor del

45% de todos los abortos) tienen mayor probabilidad de requerir ayudas públicas, en parte porque también tienen más probabilidades de acabar constituyendo familias monoparentales.

La necesidad de tratamiento psicológico es evidente, en un estudio realizado sobre pacientes post-aborto a sólo 8 semanas de haber abortado, los investigadores hallaron que el 44% se quejaba de trastornos nerviosos, el 36% había sufrido alteraciones del sueño, el 31% tenía arrepentimientos por la decisión tomada y al 11% le habían sido prescritos fármacos psicotrópicos por su médico de cabecera. Un estudio retrospectivo que abarcaba un período de cinco años en dos provincias canadienses detectó que el recurso a los servicios médicos y psiquiátricos era sensiblemente mayor entre mujeres que habían abortado.

Lo más revelador fue la conclusión a la que se llegó, según la cual el 25% de mujeres que habían abortado visitaban a los psiquiatras frente al 3% del grupo de control. Las mujeres que han abortado tienen bastantes más probabilidades que otras de requerir el ingreso posterior en un hospital psiquiátrico. Adolescentes, mujeres separadas o divorciadas, y aquéllas en cuya historia clínica figura más de un aborto encaran un riesgo especialmente alto.

Puesto que muchas mujeres tras un aborto recurren a la represión como mecanismo de defensa, puede darse un largo período de negación antes de que una mujer requiera tratamiento psiquiátrico. Estos sentimientos



reprimidos son susceptibles de causar afecciones psicosomáticas y psiquiátricas o de conducta en otras facetas de la vida de la mujer.

Los datos indican que entre las víctimas de violación e incesto sólo una minoría escoge el aborto. Usualmente las víctimas de violación e incesto no escogen el aborto como una solución inmediata, pero ésta es la creencia prevaleciente entre la población en general. El aborto aumenta el sufrimiento causado por la violación y que de hecho la violación o el incesto son contraindicaciones para el aborto.

Podemos concluir que los efectos negativos a nivel psicológico que produce el aborto son baja autoestima, afecta las relaciones familiares, depresión, miedo, ansiedad, dolor, bajo rendimiento en los estudios, frustración, inseguridad, ataques de pánico, ansiedad, temores nocturnos etc.

#### **1.2.11. Trastornos por Estrés Post-Traumático**

Un importante muestreo concluyó que al menos un 19% de mujeres que han abortado padecen trastornos por estrés post-traumático (PTSD) que es una disfunción psicológica producto de una experiencia traumática que anula los mecanismos normales de defensa de una persona, derivando en miedo intenso, sensación de desvalimiento o de estar atrapado, o en pérdida del control.

El riesgo de que una experiencia resulte traumática se incrementa cuando el hecho traumatizante es percibido como susceptible de

conllevar amenazas de lesión física, violación sexual o participación en una muerte violenta. Se da el PTSD cuando el hecho traumático produce la hiperexcitabilidad de los mecanismos de defensa de vuelo o lucha. Tal hiperexcitación provoca que estos mecanismos de defensa se desorganicen, desconectados de las circunstancias presentes, y empiecen a funcionar por su cuenta, dando lugar a una conducta anormal y a graves trastornos de la personalidad. Ejemplo de esta desconexión de funciones mentales, puede ocurrir que alguna víctima de PTSD experimente una intensa emoción, pero sin clara memoria del hecho.

Las mujeres pueden interiorizar el aborto como una experiencia traumática por varias razones. En muchos casos llegan a él forzadas por maridos, novios, padres u otros. Si la mujer ha sido víctima en repetidas ocasiones de abuso de posición dominante, el aborto forzado puede ser percibido como la violación definitiva en el curso de una vida marcada por el abuso. El miedo, la ansiedad, el dolor y la culpa asociada al procedimiento aparecen entreverados en esta percepción de muerte violenta y grotesca.

Algunas mujeres aun dan cuenta de que el dolor del aborto, se siente como idéntico al de una violación. En efecto, los investigadores han concluido que las mujeres en cuya historia clínica constan agresiones sexuales pueden sentir mayor angustia durante y después de la práctica del aborto a causa de estas asociaciones entre ambas experiencias. Los síntomas más importantes del "PTSD" son clasificados

generalmente en tres categorías: *Hiperexcitación*, *Intrusión* y *Constricción*.

La ***Hiperexcitación*** incluyen respuestas exageradamente sobresaltadas, ataques de ansiedad, irritabilidad, explosiones de ira o rabia, conducta agresiva, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, dificultad para conciliar el sueño o mantenerse despierto.

La ***Intrusión*** consiste en revivir el hecho traumático involuntaria e inesperadamente. Incluyen, pensamientos recurrentes e intrusivos sobre el aborto o el niño abortado, flashbacks en los que las mujeres vuelven a vivir momentáneamente un aspecto de la experiencia abortiva, pesadillas sobre el aborto.

En los casos de trauma post-aborto, La ***Constricción*** puede incluir: Incapacidad para recordar la experiencia abortiva o partes importantes de ella; esfuerzos por evitar actividades o situaciones que puedan excitar los recuerdos del aborto; abandono de relaciones, en especial, alejamiento de aquéllas que tuvieron que ver con la decisión de abortar; evitación de hijos; intentos de evitar o negar pensamientos o sensaciones relacionadas con el aborto; escasa presencia de sentimientos relacionados con el amor o la ternura; pérdida de la visión del futuro. Por ejemplo, no esperar tener una carrera, casarse, criar hijos o una vivir una vida larga); interés reducido por actividades con las que antes se disfrutaba; abuso de drogas o alcohol; pensamientos o actos suicidas y otras tendencias autodestructivas.

Como ya se mencionó, el estudio de Dr. Barnard, identificó un porcentaje del 19% de PTSD entre mujeres a las que les fueron practicados abortos entre tres y cinco años antes. La experiencia clínica ha demostrado que las mujeres que menos suelen cooperar en una investigación post-aborto son aquéllas a las que el aborto ha causado mayor angustia psicológica. (Pacheco R., José. y Candiotti V., Jorge 1999).

Necesidad de tratamiento psicológico frente a las graves consecuencias que produce la práctica del aborto en las mujeres se hace necesario la intervención profesional de especialistas en psicoterapia para que puedan ayudar a las personas a superar estos trastornos psicológicos. Ya que estos sentimientos reprimidos son susceptibles de causar afecciones psicosomáticas y psiquiátricas o de conducta en otras facetas de la vida de la mujer.

#### **1.2.12. Terapia Racional Emotiva**

La Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, es una técnica muy efectiva para lograr cambios en una persona que ha sufrido situaciones muy traumáticas. El Dr. Ellis, obtuvo su grado en Psicología Clínica por la Universidad de Columbia y fue el fundador del Instituto de Terapia Racional Emotiva de ciudad de Nueva York, lugar donde se entrena y preparar especialistas en la terapia racional emotiva y donde se atiende a clientes en psicoterapia individual y grupal, ha escrito y editado más de cincuenta libros, unos seiscientos

artículos profesionales y de divulgación, y más de cien cassettes y videos.

La Terapia Racional Emotiva (TRE) fue creada en 1955 por Albert Ellis y desde entonces ha adquirido gran prestigio junto a la Terapia Cognitiva de A.T. Beck forma la base de lo que actualmente se llama la corriente cognitivo-conductual de la Psicoterapia. Propone una explicación de biológica, psicológica y social de la conducta y emociones humanas, partiendo de la premisa de que casi todas las emociones y conductas humanas son el resultado, de lo que las personas piensan, asumen o creen no son las situaciones la que determina como nos sentimos y actuamos, sino como pensamos acerca de ellas. La Terapia Racional Emotiva tiene un enfoque eminentemente práctico y trata de dotar al estudiante o profesional tanto de la base teórica como de las herramientas y habilidades prácticas básicas para su trabajo.

Como Psicoanalista Ellis, descubrió, que aunque sus pacientes se beneficiaban de la terapia, su mejoría no se debía al hecho de revivir acontecimientos pasados, llevar a la consciencia motivaciones inconscientes “sintonizar” con sus sentimientos o “trabajar” la relación de transferencia. Sino que, a su opinión, los comportamientos y sentimientos perturbadores, de sus clientes cambiaban, en gran parte, debido a la adquisición de una nueva forma de pensar. (Ellis & Cols 1992).

Ellis, comenzó a ayudar a los clientes a desafiar y combatir activamente sus creencias disfuncionales y anti-empíricas y consecuentemente actuar en contra de ellas. De esta manera la Terapia Racional Emotiva (TRE) se convirtió en una teoría y práctica orientada cognitiva y conductualmente, poniendo un énfasis especial en la intervención activa, directiva y sistemática en el “aquí y ahora”.

Las principales teorías Psicológicas que influyeron en TRE fueron producto de psicólogos como Horney, con su concepto sobre “La Tiranía de los deberías” quien primero influyó en el énfasis sobre la primacía del pensamiento evaluativo dogmático y absolutista en el desarrollo y mantenimiento de muchas de alteraciones psicológicas. Los trabajos de Adler también tuvieron su importancia en el desarrollo de la TRE en varios aspectos.

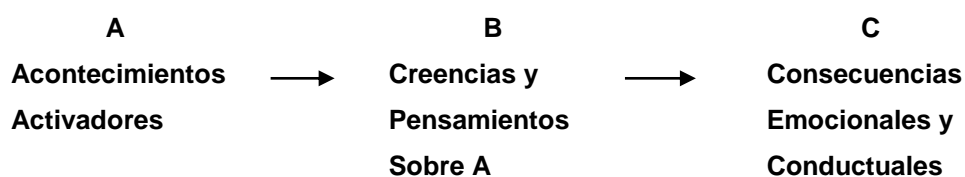
Adler (1927), fue el primer gran terapeuta que realmente estudió los sentimientos de inferioridad y la TRE también ha insistido en el tema de la auto-evaluación y la ansiedad que conlleva. De la misma forma que Adler y su Psicología individual, la TRE se ocupa de los significados, valores, propósitos y metas de las personas; y copia de Adler su interés en la utilización de una enseñanza activo-directiva, la importancia de lo social, la apariencia humanística y holística, y el empleo de un tratamiento psicológico cognitivo-persuasivo.

Aunque a la TRE se le llamó al principio “Psicoterapia Racional” siempre utilizó métodos conductuales, así como técnicas cognitivas y emotivas

en la práctica de la terapia, se empleó algunos de los métodos que provenía de los pioneros en terapia conductista quienes en trabajaron en primer lugar técnicas para superar los temores a hablar en público y aproximarse a las mujeres y en segundo lugar en la terapia sexual de tipo activo-directivo, este enfoque conductual activo-directivo continua siendo fundamental en la TRE de hoy en día.

En sus 30 años de existencia la TRE ha tenido varias modalidades terapéuticas (individual, en grupo, marital y familiar), ha sido practicada por distintos tipos de profesionales (psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales), con una gran variedad de clientes (adultos, niños, ancianos), que sufren de una amplia gama de alteraciones psicológicas. A este respecto, está jugando un papel muy importante en el campo de la psicología preventiva. La TRE se practica en todo el mundo.

### Teoría ABC



#### Ejemplo;

| <b>A</b><br>Situación                                          | <b>B</b><br>Pensamientos Irracionales                       | <b>C</b><br>Consecuencias Emocionales y Conductuales                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondo mal a una pregunta en clase y mis compañeros se ríen. | Es terrible.<br>Soy un imbécil.<br>Son unas malas personas. | Ansiedad.<br>Tristeza.<br>Ira-Hostilidad, alejarme de ellos.<br>Temor a que vuelvan a preguntarme.<br>Conducta dirigida a evitarlo.<br>Baja autoestima. |

| <b>D</b><br><b>Pensamientos racionales realistas-adaptativos</b><br>(cómo tendría que pensar, para sentirse y actuar en la forma deseada en E)                                                                                                                             | <b>E</b><br><b>Consecuencias emocionales y conductuales</b><br>(cómo me gustaría sentirme y comportarme en situaciones similares A)                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Prefiero hacer las cosas bien, pero tengo derecho a equivocarme.</p> <p>Es normal que me moleste un poco, que se rían porque me he equivocado.</p> <p>Pero eso no demuestra que sean unas malas personas. Quizás les ha hecho gracia, o tienen ganas de divertirse.</p> | <p>Me quedo tranquila</p> <p>Les pregunto por qué les ha hecho tanta gracia y quizá acabo riéndome yo también.</p> <p>Aprendo tranquilamente cual era la respuesta correcta y me siento bien conmigo mismo, y con los demás.</p> |

La TRE está basada en un conjunto de suposiciones que giran en torno a la complejidad y fluidez de la existencia humana. Partiendo de este punto de vista sobre la naturaleza humana, la TRE se asienta en los siguientes conceptos teóricos. Objetivos, Propósitos y Racionalidad. De acuerdo a la teoría TRE, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone que en el establecimiento y persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor conciencia de que viven en un mundo social. Por tanto, una filosofía del propio interés, implica que una persona se coloque a sí misma en primer lugar, pero pone a los otros en un segundo lugar muy cercano. Esto supone una contradicción con la filosofía del egoísmo donde los deseos de los demás no son respetados ni tenido en cuenta. Suponiendo que las personas tiendan a ir directamente hacia metas, lo racional en la teoría de la TRE es lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, por el contrario lo irracional es lo que les frena. Sin embargo, la racionalidad no puede definirse de forma absoluta, ya que es relativa por naturaleza.



## **Énfasis Humanístico**

La TRE, no pretende ser puramente objetiva, científica o técnica, sino que es una aproximación Humanístico-Existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Es sobre todo racional y científica pero pone la racionalidad y la ciencia al servicio de los hombres con el fin de que vivan felices. Es hedonista, pero combina el Hedonismo a lo largo plazo y a corto plazo, de tal forma que las personas puedan disfrutar del placer del presente y del futuro y puedan conseguir la máxima libertad y disciplina. Plantea la hipótesis de que probablemente no exista nada super humano, ya que la creencia devota en lo super humano favorece la dependencia e incrementa las perturbaciones emocionales. Asume que ningún ser humano, por muy antisocial y horrible que nos parezca, puede catalogarse como condenable o sub humano.

Pone énfasis especial en la importancia de la capacidad de desear y de elegir en un momento dado, aunque también acepta la posibilidad de que algunas conductas estén en parte determinadas por biológico, social y otras fuerzas. (Bandura, 1977; Ellis 1973, 1984 a.).

### **1.2.13. Autoestima**

La Autoestima es uno de los pilares de la personalidad parte o función de la personalidad la autoestima se considera como parte de uno mismo o sistema del Self, normalmente vinculada a la motivación y/o

autorregulación. (Córdor Surichaqui, Eva Elsa. 2002), su importancia trasciende todos los ámbitos humanos. Es el eje de nuestra personalidad, nos brinda autonomía para pensar y actuar. Nos hace responsables, es decir ser personas dignas de comprometernos. Nos da la audacia para crear, para expresarnos, para comunicar lo que somos, pensamos y queremos. Nos da la clave para ser asertivos y resilientes, es decir nos da las bases para hacer frente a las dificultades, problemas y sufrimientos y salir fortalecidos.

La Autoestima en términos de actitud, se define como la relación entre diferentes muestras de actitudes. La diferencias entre las actitudes propias hacia los sueños y los logros o la diferencia entre el Self, es la forma más común que adopta esta definición. Centradas en las respuestas psicológicas que la persona sostiene se su Self. De Naturaleza afectivo basada en sentimientos, es decir, positivo versus negativo, aceptación versus rechazo.

Wells y Marwell (1976), desarrollaron una clasificación de las definiciones de la Autoestima basándose en dos dimensiones: Los proceso de Evaluación y el Afecto; y presentaron 4 formas básicas de definir la Autoestima. Enfoque Actitudinal: Se basa en la idea de que el Self (sí mismo) puede ser tratado como un objeto de atención, como cualquier otra cosa o posibilidad. Del mismo modo que tenemos reacciones cognitivas, emocionales y conductuales hacia otros objetos, también podemos tenerlas hacia nuestro Self. (Handabaka García, Jorge. 2006).

Pese a la existencia de barreras legales, sociales y financieras, las adolescentes recurren con frecuencia al aborto clandestino, situación que las expone a un mayor riesgo de mortalidad y empobrecimiento de su vida reproductiva y emocional.

Existen estudios como el de Panizo M.I. en 1988 (PUCP). Utilizando este inventario está destinado a utilizarse con niños y jóvenes para medir las actitudes valorativas hacia sí mismo en cuatro áreas específica.

- a. Área de interés personal.
- b. Área social.
- c. Área familiar.
- d. Área académica.

El Inventario de autoestima de Coopersmith, ha sido traducido y validado en nuestro medio, por primera vez por María Isabel Panizo (1985) en el estudio realizado sobre autoestima y Rendimiento Escolar con escolares de sectores socioeconómicos alto y bajo (estudio comparativo); y posteriormente, en 1989 María Graciela Cardó, en su investigación sobre Enuresis y Autoestima en el niño y aceptación y rechazo de la madre según la percepción del niño, en un sector socio económico bajo. Ambas investigaciones se llevaron a cabo en Lima.

La Autoestima es también desde donde podemos diseñar grandes sueños, grandes metas y proyectarnos optimistamente al futuro; nos da la confianza para vivir, y evita que nos dañemos y dañemos a los demás. Nos hace merecedores de una vida de calidad, integrada, digna,

significativa y feliz. La autoestima es la fuerza rectora del Desarrollo Personal, el camino indiscutible que conduce al ÉXITO. (Handabaka García, Jorge. 2006).

Maslow (citado por Freedman 1978), consideró como parte integrante de la función psicológica a las necesidades de amor propio, respeto por sí mismo, estimación y auto evaluación como elementos indispensables para llegar a la autorrealización. (Molina V., Lisette 2006).

James (1990), mencionó a la autoestima como la relación entre las actualidades y potencialidades del individuo, la cual se puede presentar asociada a cualquier habilidad, evento o relación social. (Molina V., Lisette 2006).

Existe una relación directa entre baja autoestima y el riesgo de cometer aborto, esto se asocia con por la baja autoestima, lo que permite un consciente o inconsciente deseo de llevar a cabo un embarazo de sustitución, y una mayor actividad sexual post-aborto. Los abortos posteriores pueden producirse por culpa de deseos conflictivos de quedar embarazada y tener un hijo y presiones continuas en favor del aborto, como puede ser el abandono por parte del nuevo compañero. En los abortos de repetición se da cuenta también de cierta clase de auto-punición.

### 1.3. Marco conceptual

📄 **Aborto.**-Significa etimológicamente del latín, sin nacimiento o no nacido. La concepción jurídica indicar que se refiere al concepto material del aborto que consiste en la interrupción del embarazo con la muerte del feto. Es decir provocar intencionalmente la expulsión del feto por parte de la madre, siendo esto un delito material realizado en forma dolosa. Sebastián Soler por otro lado, afirma que el aborto es la muerte producida a un feto. Así, (sic) "...Toda acción destructiva de la vida anterior al momento del parto, sea que importe la muerte del feto en el claustro materno, sea que la muerte se produzca como consecuencia de la expulsión prematura..."

El aborto siempre va a significar muerte, es la intervención dolorosa del proceso fisiológico del embarazo causando la muerte del producto de la concepción o feto dentro o fuera del claustro materno viable o no. Además también se denomina aborto como la interrupción del embarazo antes de que el producto de la concepción haya alcanzado un punto del desarrollo que garantice su supervivencia fuera del útero. Los médicos marcan las 28 primeras semanas como límite y el peso debe ser inferior a 1000 gramos. (Pacheco R., José y Candiotti., Jorge 1999).

📄 **Aborto clandestino o criminal.**-Es el aborto practicado con la intención única de eliminar un hijo o hija no deseado sea por razones sociales (madres solteras) o económicas (familias pobres sin recursos para cuidar adecuadamente a sus bebe).

📄 **Aborto espontáneos.**-Los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la

gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos.

📄 **Aborto provocado o inducido.**-Es llamado así cuando es consecuencia del esfuerzo intencional (manipulaciones, intervención quirúrgica, uso de drogas abortivas) para poner fin al embarazo.

📄 **Abortos en repetición.**-Las mujeres a las que les ha sido practicado un aborto arrastran un riesgo añadido de volver a abortar en el futuro. Las mujeres que cuentan con una experiencia abortiva anterior tienen una probabilidad cuatro veces mayor de volver a interrumpir voluntariamente su embarazo que aquéllas que no tienen historia abortiva previa.

📄 **Aborto terapéutico.**-Es el aborto provocado con el fin de salvar la vida de la madre o para evitar el nacimiento de un niño o niña con defectos o malformaciones físicas o mentales muy graves e incurables, que le impedirán mantener una vida normal. Aborto terapéutico, llamado también necesario, es el que la ley autoriza cuando su finalidad apunta salvar la vida de la gestante o evitarse un mal grave y permanente, es el único caso en que la ley declara impune el aborto provocado. (Guarnizo Alfaro, Manuel F. 2010).

📄 **Adolescencia.**-Período de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente de la condición de niño a la de adulto comprendida entre los 12 y 19 de edad.

📄 **Alcoholismo-drogadicción.**-Como evasión de un recuerdo emocionalmente negativo del cual huyen a través del alcohol y/o las drogas provocando en la mayoría de los casos la desintegración del hogar.

- 📄 **Autoestima.**-La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y lo podemos mejorar. (Vía internet Autoestima de García Ortega, Verónica).
- 📄 **Baja autoestima.**-Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la Depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: Odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad. (Caja Jauweandreu, R. 1996).
- 📄 **Creencias.**-Hay determinados criterios o ideas que imperan en el grupo social o en una mayoría de personas, respecto a ciertos aspectos de la realidad. Estas ideas o criterios constituyen las denominadas creencias, a las que la gente presta una adhesión afectiva o sentimental. Por eso es que muchas de estas creencias subsisten, a pesar de su absurdo, ya que no resisten el menor análisis del pensamiento. (Vila Gómez, Doris 1997).
- 📄 **Depresión.**-Trastorno psicológico de la conducta por el cual se experimenta una apatía por la vida. Se pierde la razón del ser mismo. Hay diferentes grados dependiendo de la dinámica personal de quien la sufre.

📄 **Desórdenes en las relaciones.**-Inter-personales: Pueden ser de varios tipos: De rechazo: Unos se canalizan como una aversión al esposo o al amante. A niveles del inconsciente hay una relación traumática estrecha entre acto sexual y aborto que genera un rechazo hacia la persona que pueda ocasionarle un embarazo.

De auto-rechazo: Cuando no se perdonan ellas mismas y constantemente se juzgan muy duramente sobre sus propios actos, generando frustración constante.

📄 **Divorcio.**-Desembocan en divorcio muchas de las parejas que unieron sus vidas después de ser partícipes de la decisión de un aborto, ya que se inculpan uno al otro de las diferentes consecuencias que a largo plazo conlleva el procedimiento abortivo. (Esterilidad, Frigidez, desórdenes en las relaciones inter-personales etc.).

📄 **Embarazo.**-Estado de la mujer que espera tener un hijo.

📄 **Embarazo en adolescente.**-Embarazo que ocurre antes o a los 19 años de edad, según definición de la OMS.

📄 **Embarazo deseado.**-Embarazo en el cual el varón y la mujer que procrean tienen como meta tener un hijo.

📄 **Embarazo no deseado.**-Embarazo en el cual la mujer y/o el varón que procrean no tienen como meta el tener un hijo.

📄 **Emociones.**-La emoción es una reacción afectiva que surge súbitamente ante un determinado estímulo, dura un corto tiempo y comprende una serie de modificaciones psico-corporales.



- 📄 **Fármaco dependencia.**-Fármacos, por insomnio, ansiedad, depresión etc., producto de un recuerdo que no se puede evadir tan fácilmente.
- 📄 **Intimidad.**-Teoría de Erikson, capacidad para formar relaciones estrechas y de afecto; tarea primaria del desarrollo que tiene lugar entre el final de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta.
- 📄 **Neurosis.**-Delirios de persecución, alucinaciones, locuciones de su hijo que la llama constantemente, que lo mira o lo relaciona con otros niños.
- 📄 **Motivación.**-Es un término amplio utilizado en psicología para comprender las condiciones o estados que activan o dan energía al organismo que llevan a una conducta dirigida hacia determinados objetivos. Los motivos o impulsos, como se les llama con frecuencia, pueden ser primordialmente innatos en su naturaleza o aprendidos. (Caja Jauweandreu, R. 1986).
- 📄 **Orientación sexual.**-Atracción sexual permanente hacia miembros del mismo sexo (orientación homosexual) o hacia el otro sexo (orientación heterosexual). (Vildoso Gonzales, V., 2003)
- 📄 **Problemas sexuales.**-Frigidez: Siempre a nivel del inconsciente, se manejan las sensaciones de placer equivocadamente, bloqueando la capacidad del placer sexual, como una necesidad de bloquear una situación desagradable, un recuerdo etc.
- 📄 **Problemas de autoestima.**-Baja de su estima personal al destruir a su propio hijo. Al comprender que con destruir a su hijo destruyeron también la familia que el pudo haber tenido, la felicidad que pudo haber recibido, los logros profesionales que pudo haber realizado.

- ☞ **Pubertad.**-Período de la maduración sexual, en el cual una persona pasa a ser capaz de reproducirse.
- ☞ **Relaciones sexuales.**-El sexo entendido como relación sexual, se define como un conjunto de acciones de mayor o menor complejidad que realizan dos o más personas de igual o distinto sexo, en las que aparecen componentes de excitación, deseo sexual y placer.
- ☞ **Sentimientos.**-Los sentimientos son procesos afectivos, más o menos duraderos, que no conmocionan a nuestro ser psico-biológico con la intensidad con que lo sacuden las emociones. Los sentimientos positivos constituyen los vínculos afectivos que unen a los seres humanos, desde la relación entre dos personas hasta las que forman las diversas clases de grupos.
- ☞ **Síndrome post aborto.**-Es el sentimiento de culpa que acompaña constantemente a la madre, generando una serie de síntomas que son un "lastre emocional", una carga psicológica que puede incluso acompañarla por toda la vida. Hay casos de mujeres que en su lecho de muerte tienen que confesar su culpa para poder liberar esa angustia vivencial que han llevado con ellas por largos años. (Merck Sharp & Dohme 1997).
- ☞ **Tendencia al suicidio.**-Este trastorno psicopatológico ocurre cuando el grado de culpabilidad ataca niveles sumamente profundos de la emotividad.
- ☞ **Terapia cognitiva.**-Terapia que enseña a las personas nuevos modos más adaptativos de pensar y se basa en la idea de que los pensamientos intervienen entre los acontecimientos y nuestras reacciones emocionales.

- 📄 **Terapia emocional.**-Es el tipo de psicoterapia dirigido a convertir en positivas las emociones negativas excesivas y a educar hacia un desarrollo emocional adecuado.
- 📄 **Terapia psicológica.**-Se centra en la realización de actividades planificadas útiles que proporcionen al paciente triunfo escalonados que le ayudará a vencer la falta de confianza en sí mismo, escasa autoestima, dificultad de enfrentarse al estrés y la depresión. (Vía internet:[www.3era.com.ar/faps/1-tecnicas.htm](http://www.3era.com.ar/faps/1-tecnicas.htm). García S. Lorenzo y Bulacio G.).
- 📄 **Terapia racional emotiva.**-Es la escuela de psicoterapia que ha enfatizado más que ningún otra la participación del Individuo en la creación de sus propias emociones y en su capacidad para lograr su bienestar y desarrollo personal.

## **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Descripción de la Realidad Problemática**

El aborto ha sido un problema que ha estado presente durante todas las épocas de la existencia del ser humano, adquiere en la actualidad una gran importancia, tanto por sus implicaciones, como por las diferentes posturas que existen frente a él, los indicadores estadísticos refieren que a nivel mundial, cada año más de 1'500,000 mujeres se practican el aborto, esto significa que igual número de niños aun no nacidos, son matados legalmente cada año, según informes de la O.M.S. en América latina y el Caribe, alrededor de 3'700,000 mujeres recurren a los abortos ilegales. Por cada 1,000 mujeres, en edad reproductiva, se presentan 29 abortos no seguros, y por cada 100,000 nacimientos, se producen 30 muertes por abortos inseguros.

Diversos estudios mencionan que las causas del aborto son muchas, como la pobreza, la falta de educación sexual, los efectos nocivos de los métodos anticonceptivos, la juventud y la falta de políticas estatales en planificación. Dentro de organismos internacionales como la OMS OPS, no se cuentan con estadísticas sobre la práctica del aborto en centros de salud, menos se considera al aborto como un problema de salud pública.

Una de cada 7 mujeres, que se someten a prácticas abortivas, sufre complicaciones por lo que son internadas en un hospital o clínicas privadas.

Hasta octubre del 2008 en nuestro país han llegado a los 410,000 abortos clandestinos al año, según referencia del Centro de Promoción y defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos siendo en promedio el cuarto lugar como causa de muerte materna (7%), según estadísticas del MINSA (Ministerio de Salud), sin embargo numerosos estudios indican que dentro de las muertes por hemorragias (60%) e infecciones (13%), se encuentran sub registradas, muchas muertes por aborto.

Si existiera un buen registro de muertes maternas, el aborto ocuparía el primer lugar. Se calcula además, que se registra un aborto por cada nacido vivo y la probabilidad de mujeres peruanas de provocarse el aborto es el 85.2%, y solo el 14% de mujeres que tienen un aborto se hospitalizan.

En la ley de salud existe una norma que obliga al personal médico a denunciar los casos de indicios de aborto, pero esta deposición altera el principio de confidencialidad médico – paciente. La práctica clandestina del aborto presenta complicaciones en mujeres de escasos recursos, en zonas rurales (69%) o urbanas (44%) es menor en mujeres con altos ingresos económicos (9%). Aproximadamente 65,000 mujeres, son hospitalizadas cada año por complicaciones del aborto, por lo que el aborto en el Perú es un grave problema de salud pública, que el Estado debe enfrentar con políticas adecuadas y recursos necesarios.

El aborto está restringido en el Perú, excepto cuando el embarazo pone en riesgo la salud de la mujer. La legislación peruana indica que son

atenuantes, cuando el feto es incompatible con la vida, y tienen no más de 6 meses de gestación y ha sido producto de una violación sexual. Las mujeres que se someten al aborto, pueden ser sancionadas con 1 a 3 años de cárcel, mientras que aquellos que lo practican, pueden ser condenados, por 6 años privativa de la libertad. (MINSA 2005).

El problema del aborto clínico tiene sus propios matices, ocasionando una serie de consecuencias que muchos estudios han denominado el síndrome post aborto, o que se ha denominado secuelas del aborto, frente a esta problemática existen muy pocas alternativas terapéuticas, las personas que han sido víctimas del aborto por diferentes motivos, no reciben ningún tipo de ayuda médica o psicológica, aun sabiendo que los efectos en la madre que ha pasado por esta trágica experiencia va quedar marca con síntomas que se van a manifestar toda su vida.

En nuestro país el problema del aborto es alarmante, existe una práctica, formal lo que se denomina aborto clínico, que se realiza por motivos justificados y dentro de los centros de salud, el caso de estudio en Chancay realizado por obstetras, nos plantean las causas del aborto, lo que queda es que hacemos frente a esta grave situación.

En nuestro país el estado a través del ministerio de salud está intensificando el trabajo de prevención del embarazo precoz en adolescentes, los indicadores demuestran que en este grupo no ha disminuido el nivel de embarazos, y son el único grupo en donde las cifras van en aumento. Según estadísticas oficiales en el Perú el 11%

de las adolescentes son madres y el 2.5% están embarazadas, afectando mas a los adolescentes de menores recursos y de las áreas rurales de nuestro territorio. El INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) señala que en 1998 más de un millón trescientos mil mujeres entre quince y diecinueve años estaban expuestas a embarazo por haber tenido actividad sexual sin protección.

Debemos considerar que en el Perú la práctica de las relaciones sexuales sigue siendo un mito entre los jóvenes, por lo tanto no utilizan métodos anticonceptivos adecuados, las consecuencias son que existen una gran cantidad de embarazos no deseados y hasta embarazos no programados dentro de las familias normales, lo que genera un seria de opciones para poder enfrentar esta grave situación, en la mayoría de los casos los jóvenes deciden por tratar de suspender el embarazo y se expone a la práctica de abortos, que en nuestro país está penado legalmente, por lo tanto la práctica de los abortos se realiza de una manera inadecuado con mucho riesgo para las mujeres, si se agrega el tema de la pobreza económico, social y moral es un tema real en nuestro país podemos ver claramente que no solo es el problema de la exposición a la técnica del aborto que de por sí es muy traumática para la madre que se expone tenemos que saber que las personas que no tienen los recursos económicos ni morales se exponen a la práctica de esta técnica en condiciones muy antihigiénicas, en dentro de lugares inapropiados.

La práctica del aborto es en nuestro país un fenómeno muy común dentro de los jóvenes, quienes no miden las consecuencias de los resultados, tanto a nivel clínico o psicológico, las secuelas de cualquier tipo de aborto son dramáticas y sus consecuencias van a marcar a las personas que han sido víctimas de esta práctica de por vida en algunos casos.

No siempre el aborto es la consecuencia del embarazo no deseado, algunas adolescentes desean embarazarse en la búsqueda de necesidades no atendidas como carencia de afecto, de apoyo familiar o económico pero luego del embarazo la mayoría de estas jóvenes sufre el abandono de la pareja y queda en peor situación es en esos momentos que piensa en el aborto como una alternativa de solución. Estos sentimientos reprimidos son susceptibles de causar afecciones psicosomáticas y psiquiátricas o de conducta en otras facetas de la vida de la mujer.

REDESS Jóvenes, es una Organización no Gubernamental (ONG) fundada en 1,994 y conformada por profesionales de reconocida trayectoria dentro y fuera del país por su labor en la promoción de políticas, programas y estrategias intersectoriales e interinstitucionales en educación, salud sexual y reproductiva y desarrollo humano.

Entre sus principales objetivos institucionales tenemos el Promover y defender los derechos humanos relacionados a la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes y adolescentes del país, en especial de



aquellos que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad e inequidad. (REDESS Jóvenes 2001).

Los datos revelan en las investigaciones reciente que en el Perú se producen 352,000 abortos clandestinos anuales en el Perú en condiciones perjudiciales para la salud de las mujeres y en situaciones altamente peligrosas. La atención de un aborto y por tanto sus consecuencias, dependerá del área geográfica en la que vive la mujer y de los recursos con los que cuenta. En el área urbana el 98% de las mujeres económicamente pudientes que deciden practicarse un aborto son atendidas por un profesional de salud, en tanto el 56% de las mujeres pobres urbanas tienen la misma atención.

En el caso de las mujeres rurales con recursos, el 74% acuden a un profesional de salud, en tanto las mujeres rurales de escasos recursos sólo en un 35% son atendidas por profesionales, el resto (65%) acude a un “empírico” (técnicos sanitarios, parteras, curanderos, yerberos y brujos) o se manipulan ellas mismas teniendo mayores posibilidades de complicaciones. Un 71% de este grupo sufre alguna complicación, frente a un 5% de las que son atendidas por un profesional de salud.

Habiendo realizado una estimación de éste estudio se deduce que en Lima y el resto de la costa se producirá cada año 188,994 abortos, en la sierra 113,785 y en la selva 49,034. De este número 28% se producirán el Lima Metropolitana, 26% en la costa, en la sierra 32% y en la selva 14%.

Siendo el cuidado de la salud mental y la salud física principales componentes de la salud integral prioridades para cualquier estado, se hace necesario conocer los efectos negativos de la práctica de los abortos y la forma como se puede recuperar a las personas que han decidido realizar esta inadecuada practica de intervención médica para resolver su problema de vida.

Así, en realidades como la nuestra urgen los estudios referidos a este campo de la salud, que impulsen una toma de conciencia por parte de los médicos y las autoridades hacia los problemas mentales. Información válida sobre la prevalencia y asociaciones del trastorno depresivo antenatal son importantes ya que permiten identificar los niveles de riesgo de una población así como también evidencian, de modo indirecto, los niveles de eficacia del sistema de salud materno perinatal de un país. Las investigaciones inaugurales en el campo de la salud mental materno-perinatal se deben centrar en una primera instancia en el estudio de los instrumentos a utilizar, en la identificación de las prevalencias, y en la descripción y el análisis de los factores de riesgo asociados. .

## **2.2. Delimitación de la Investigación**

Existiendo dos tipos de abortos el clínico o convencional que se da en los centros de salud, sean hospitales, clínicas, centros de salud, etc., la mayoría son por personas que están en riesgo durante su embarazo, pero existe otro sector que hace practica informal del aborto, la mayoría no se registra por temor a sanciones legales y solo llegan a los centros

de atención de salud las personas que han practicado el aborto en forma clandestina y está en riesgo su vida.

El problema de estudio, se basa en que después del aborto quedan secuelas tanto a nivel físico como psicológico, que van afectar a las mujeres jóvenes, las consecuencias emocionales van ser muy fuertes y van a limitar el normal desarrollo cognitivo y emocional de las personas que han sido víctimas del aborto cualquiera sea su causas.

Siendo el Perú un país joven, por el alto porcentaje de población en ese sector y la mayoría se encuentra estudiando se ha elegido trabajar con esta población de alumnas jóvenes, por los daños que deja la práctica del aborto, que no solo va afectar su vida emocional y cognitiva, sino incluso hasta su vida posterior. El nivel de autoestima de las estudiantes que han pasado por un proceso de aborto también va sentir los efectos negativos.

La investigación busca estudiar la relación que existe entre la aplicación de un programa de psicoterapia basado en el modelo de la TRE, para elevar el autoestima y superar las secuelas psicológicas que produce el aborto en jóvenes estudiantes de enfermería del Instituto Daniel Alcides Carrión.

### **2.3. Planteamiento del Problema**

En atención a lo anteriormente expuesto, planteamos lo siguiente pregunta: ¿Cómo el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en las

secuelas psicológicas del aborto en alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión?.

El estudio se realizó en el instituto Daniel Alcides Carrión que tiene las carreras técnicas profesionales de enfermería, técnico dental, técnico en farmacia y rehabilitación física, se trabajo con los alumnas de la carrera técnica de enfermería porque mayoría son mujeres y especialmente con los alumnos del último año de estudios, para lo cual se selecciono un muestra.

### **2.3.1 Problemas específicos**

Del problema principal podemos formularios las siguientes sub preguntas:

- a. ¿De qué manera el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en el factor social de la escala de Autoestima de Coopersmith de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto?
- b. ¿De qué manera el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en el factor familiar de de la escala de Autoestima de Coopersmith alumnas que han pasado por las secuelas del aborto?
- c. ¿De qué manera el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en el factor académico de la escala de Autoestima de Coopersmith de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto?
- d. ¿De qué manera el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en el factor personal de la escala de Autoestima de Coopersmith de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto?

## **2.4 Objetivos de la Investigación**

### **2.4.1 Objetivo General**

Determinar como el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en las secuelas psicológicas del aborto en alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión.

### **2.4.2 Objetivos específicos**

2.4.2.1 Establecer como el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en el factor social de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.

2.4.2.2 Establecer como el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en el factor familiar de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.

2.4.2.3 Establecer como el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en el factor académico de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.

2.4.2.4 Establecer como el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en el factor personal de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.

## **2.5 Hipótesis de la Investigación**

### **2.5.1. Hipótesis general**

El Uso de la Terapia Racional Emotiva influye significativamente en las secuelas psicológicas del aborto en alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del IES. Daniel Alcides Carrión.

### **2.5.2. Hipótesis específicas**

El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto social de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por haber tenido un aborto.

El Uso de Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto familiar de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por haber tenido un aborto.

El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto académico de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por haber tenido un aborto.

El Uso de Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto personal de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por haber tenido un aborto.

## 2.6. Variables e Indicadores

a. Variable Dependiente : Secuelas psicológicas del Aborto.

b. Variable Independiente : Uso de la Terapia Racional Emotiva.

| Nº | Variable                           | Dimensiones                                                                                                                                                | Indicadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Secuelas psicológicas del Aborto   | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Factores Personales</li><li>▪ Factores Familiares</li><li>▪ Factores Sociales</li><li>▪ Factor Académico</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apoyo de la pareja</li><li>▪ Actitud de la familia ( pérdida familiar, mitos y tabúes de la sexualidad )</li><li>▪ Proyecto de vida (ausencia de proyecto de vida, fracaso escolar, marginación social )</li><li>▪ Apoyo económico ( condición económica desfavorable)</li><li>▪ Autoestima (afectividad poco desarrollada, depresión, suicidio )</li><li>▪ Valores y patrones culturales (drogadicción, delincuencia, prostitución )</li><li>▪ Actitudes</li><li>▪ Motivación</li></ul> |
| 2  | Uso de la Terapia Racional Emotiva | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Técnica Cognitiva</li><li>▪ Técnica Emocional</li></ul>                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nivel de autoestima</li><li>▪ Corrige creencias irracionales</li><li>▪ Actitud positiva para la vida</li><li>▪ Orientación e información sobre la educación sexual</li><li>▪ Integración familiar</li><li>▪ Asertividad</li><li>▪ Mejor manejo de las emociones</li><li>▪ Desarrollo profesional y personal</li></ul>                                                                                                                                                                    |

## **2.7. Justificación e Importancia**

El Perú está entre los países con más altas tasas de mortalidad materna y aborto adolescente. El período post-aborto presenta sentimiento de culpabilidad y baja autoestima. Este hecho ha generado diversos cuestionamientos de profesionales de la salud. Por lo expuesto el presente estudio pretende conocer como el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye en las secuelas del aborto en adolescentes del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel Alcides Carrión. Este estudio permitirá ayudar, entre otros aspectos, a aumentar la autoestima y mejorar la asertividad de la adolescente. (Tafur Portilla, R. 1995).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el aborto es un problema social que cada vez va incrementándose, estimándose que anualmente ocurren en el mundo aproximadamente 600.000 muertes maternas, de la cuales el 90% ocurren en países sub desarrollados especialmente en aquellos con escasos acceso a los servicios de salud; siendo la causa más frecuente de morbi mortalidad materna el aborto practicado en forma insegura.

La importancia del presente trabajo es que se va trabajar un instrumento que puede ayudar a superar las secuelas psicológicas que afectan la vida personal de las mujeres que sufren por haber realizado un aborto.

Así mismo se ha necesario mencionar que al no existir alternativas terapéuticas para atender a los pacientes que a han sufrido un aborto



dentro de los centros de atención de salud. Se ha necesario crear herramientas técnicas que puedan a ayudar a superar este problema.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo y Diseño de Investigación**

#### **3.1.1. Tipo de investigación**

En atención al problema planteado el tipo de investigación es cuasi experimental, longitudinal y prospectivo. Dirigido al área de las ciencias de la salud.

#### **3.1.2. Nivel de investigación**

Básico y aplicado.

#### **3.1.3. Método**

Cuasi Experimental.

Para el trabajo se empleó el diseño con pre prueba y post prueba.

El diseño se diagrama de la siguiente manera:

**G1    O<sub>1</sub>    X    O<sub>2</sub>**

### **3.2. Población y Muestra**

#### **3.2 1. Población**

La población de estudio estuvo constituida por 200 alumnas de la especialidad de Enfermería, que están estudiando el 5to. Ciclo de la Carrera Técnica de Enfermería del IES Daniel Alcides Carrión, ubicado en la ciudad de Lima. De condición socioeconómica media baja evaluados entre los meses de Enero a agosto del 2008.

### **Criterios de inclusión**

- ☐ Por genero, las alumnas que estuvieran en el 5to. ciclo de estudios.
- ☐ Alumnas que estén dentro del rango de edades.
- ☐ Condición civil, casada o soltera.
- ☐ Hayan tenido un o más abortos.

### **Criterios de exclusión**

- ☐ Por género se descartó a sexo masculino.
- ☐ Por edad no participaron alumnas que estén fuera del promedio.
- ☐ Alumnos que asistieron a clases los días de evaluación.

### **3.2.2. Muestra**

Para seleccionar a la muestra de estudio, se aplicó una Encuesta a las 200 alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del IES Daniel Alcides Carrión. (Anexo N° 07). Se realizaron los cálculos correspondientes y se determinó que la población en estudio era de 25 alumnas con experiencia de aborto.

Fue en la Ciudad de Lima Metropolitana, en una institución de estudios técnico privada. Dentro del área de Ciencias de la Salud.

Para la muestra se utilizó la fórmula de Sierra Bravo, para poblaciones finitas:

$$n = \frac{2 \left( \frac{N-1}{2} - Z^2 p \cdot q \right)}{E^2}$$

n= Tamaño de muestra.

N= Población.

Z= Nivel de confianza.

p= Probabilidad de ocurrencia.

q= Probabilidad de fracaso.

E= Nivel de significancia.

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% = Z= 1.96 y error de 4.

$$n = \frac{2 \left( \frac{200-1}{2} - (1.96)^2 (0.9)(0.1) \right)}{4^2}$$

$$n = 25$$

Redondeando = 25

Como resultado de la evaluación inicial, aplicando el instrumento nos indicó que 25 alumnas han tenido un aborto.

### 3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

#### Inventario de Autoestima Stanley Coopersmith

##### ❑ Ficha técnica del instrumento.

- Nombre : Inventario de Autoestima de Stanley  
Coopersmith, (SEI)-versión jóvenes
- Autor : Stanley Coopersmith
- Administración : Individual y colectiva.
- Duración : Aproximadamente 30 minutos.
- Aplicación : De 17 a 25 años de edad.
- Área que explora : Sub Test Si Mismo.  
Sub Test Social Pares.  
Sub Test Hogar Pares.  
Sub Test Académico.  
Sub Test L (Mentira)

Sub Test Si Mismo: En este sub Test las alumnas que presentan niveles altos de autoestima poseen valoración de sí mismo, mayores aspiraciones, estabilidad, cuando se enfrentan a desafíos y problemas responder con confianza y generalmente alcanzan un alto grado de éxito, reconocen sus habilidades así como las habilidades especiales de otros, se sienten seguros de sí mismos y se responsabilizan de sus propias acciones. Los estudiantes que poseen niveles bajos de autoestima reflejan sentimientos adversos hacia sí mismos, se comparan y no se sienten importantes, tienen inestabilidad y contradicciones. Mantienen constantemente actitudes negativas hacia sí mismo, se preocupan de lo que los demás piensan de ellos o

de sus actos.

Sub Test Social Pares: Los ítems altos de autoestima en este test indican que el sujeto posee mayores dotes y habilidades sociales, puesto que sus relaciones con amigos y colaboradores es positiva expresando en todo momento su empatía y asertividad, evidencian un sentido de pertenencia y vínculo con los demás. La aceptación social y de sí mismos están muy combinados.

Sub Test Hogar Padres: En este test las alumnas que se encuentran en el nivel alto de autoestima presentan las siguientes características: Buenas cualidades y habilidades íntimas con la familia, se sienten respetados y considerados, poseen independencia, comparten ciertas pautas de valores y sistemas de aspiraciones con la familia, tienen concepciones propias acerca de lo que está mal o bien dentro del marco familiar. Los niveles bajos reflejan cualidades y habilidades negativas hacia las relaciones íntimas con la familia, se consideran incomprendidos y existe mayor dependencia. Se toman irritables, fríos, sarcásticos, impacientes hacia el grupo familiar. Expresan una actitud de auto desprecio y resentimiento.

Sub Test Académico: Las alumnas que poseen un nivel alto de autoestima en este sub test poseen buena capacidad para aprender, afronta adecuadamente las principales tareas académicas, alcanzan rendimientos académicos mayores de lo esperado. Son más realistas en la evaluación de sus propios resultados de logros y no se dan por vencidos fácilmente si algo les sale mal, son competitivos, se trazan metas superiores que se sientan desafiados por los obstáculos. Trabaja a satisfacción tanto a nivel individual como grupal. Las

alumnas que se encuentran en el nivel bajo presentan falta de interés hacia las tareas académicas, alcanzan rendimientos académicos muy por debajo de lo esperado, se dan por vencidos fácilmente cuando algo les sale mal, son temerosos y no se arriesgan por temor al fracaso, no son capaces de enfrentar las demandas que les ponen. No son competitivos, no trabajan a gusto tanto a nivel individual como grupal.

Sub Test L (Mentira): Esta compuesta por 8 ítems (26, 32, 36, 41, 45, 50, 53, 58). Si la prueba tiene un puntaje superior a 4 en la escala de mentiras, ésta se invalida. Por lo tanto, éste sub test indica falta de consistencia en los resultados obtenidos.

#### ❑ Descripción de la Prueba

El Inventario de Autoestima de Coopersmith versión Jóvenes, está constituida por 58 afirmaciones, con respuestas dicotómicas (SI – NO), que brindan información acerca de las características de la autoestima a través de la evaluación de 4 sub tests.

#### ❑ Normas de Corrección

El puntaje máximo es de 100 puntos y el test de mentiras (ítems: 28, 32, 36, 41, 45, 50, 53, 58) invalida la prueba si es un puntaje superior a cuatro. Los puntajes se obtienen sumando el número de ítems respondido en forma correcta y multiplicando éste por 2 sin incluir el puntaje de mentiras.

Así por ejemplo

$$\text{Nº de ítems} \times 2 = \text{Nivel de Autoestima}$$

$$40 \times 2 = 80$$

De acuerdo a la categoría de autoestima 80 le corresponde el nivel de autoestima Alto. ( Ver tabla 2. ).

Cabe señalar los ítems cuya respuesta deberá ser:

Si

(1,4,5,8,9,14,19,20,26+,27,28,29,32,36,38,41,42,43,46,47,50,53,58)

para los ítems restantes la respuesta será NO.

#### ❑ Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima

**Validez de Contenido.-** el inventario de autoestima de Coopersmith, tiene una serie de estudios realizados donde se comprobó su validez, Panizo (1985), en un estudio realizado sobre autoestima y Rendimiento Escolar con escolares de sectores socioeconómicos alto y bajo (estudio comparativo) realizó los siguientes cambios en los ítems,

- Soy una persona simpática **por** Soy una persona agradable.
- Con frecuencia me siento a disgusto en mi grupo **por** Con frecuencia me siento incómodo con mis compañeros de la universidad.
- Generalmente me siento desmoralizado en mi grupo **por** Generalmente me siento subestimado (a) por mis compañeros de estudio.
- Me aceptan fácilmente **por** Me aceptan fácilmente en un grupo.
- Paso bastante tiempo soñando despierta **por** Paso bastante tiempo imaginando mi futuro.
- Estoy orgulloso de mi rendimiento en la academia **por** Estoy



orgulloso de mi rendimiento en la Universidad.

- Estoy haciendo lo mejor que puedo **por** Estoy haciendo lo mejor que puedo para conseguir mis logros académicos.
- Preferiría estar con los niños menores que yo **por** Preferiría estar con jóvenes menores que yo.
- Me gustan todas las personas que conozco **por** Me agradan todas las personas que conozco.
- Me gustan cuando me invitan a salir a la pizarra **por** Me gustan cuando me invitan a exponer un tema relacionado a la profesión que estudio.
- No me está yendo tan bien en la escuela como yo quisiera **por** No me está yendo tan bien en la universidad como yo quisiera.
- Realmente no me gusta ser un adolescente **por** Realmente no me gusta ser joven.
- No me importa lo que pase **por** No me importa lo que me pase.
- Siempre se lo debo decir a los demás **por** Todas las acciones que realizó siempre necesito comunicárselo a los demás.
- Los chicos generalmente se la agarran conmigo **por** Soy el centro de las bromas que realizan mis compañeros.

**Validez de Constructo.**- El procedimiento utilizado para la validez de constructo consistió en correlacionar los sub test y el total del test de autoestima.

**Confiabilidad.**- El Inventario de autoestima se aplicó a una muestra de 150 estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos,

cuyas características eran similares a la población investigada. Obtenido los puntajes totales se procedió a ordenar a los alumnos en 2 grupos 25% con puntaje alto y 25% con puntaje bajo, una vez ordenado los datos se obtuvo de ellos la desviación estándar, el promedio y la varianza de cada uno de los ítems del test, finalmente para obtener el coeficiente de cada test se aplicó la formula de Kuder Richardson (r20):

Donde:

$$r_{20} = \frac{K}{K-1} * \left[ 1 - \left[ \frac{\sum \sigma^2}{\sigma^2} \right] \right]$$

Donde:

K= número de ítems

$\sigma^2$ = varianza

En la tabla N° 2 se presenta los coeficientes obtenidos en cada sub test del Inventario de Autoestima.

Tabla N° 2

| Nº | SUB TEST           | COEFICIENTE (r20) |
|----|--------------------|-------------------|
| 1  | Si Mismo General   | 0,889             |
| 2  | Social Pares       | 0,805             |
| 3  | Hogar Padres       | 0,853             |
| 4  | Académico          | 0,591             |
| 5  | Escala de Mentiras | 0,800             |

En la Tabla N° 3 se presentan los niveles del Inventario de Autoestima en función a los puntajes totales.

Tabla N° 3

**Niveles de Autoestima**

|          |                 |
|----------|-----------------|
| 0 A 24   | Baja Autoestima |
| 26 A 48  | Promedio Bajo   |
| 50 A 74  | Promedio Alto   |
| 76 A 100 | Alta Autoestima |

**3.3.1. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos Psicoterapéuticos**

Los instrumentos fueron validados por juicios de expertos constituidos por psicólogos clínicos que laboran en centros de salud, con grado académico, quienes realizaron la corrección de la ficha de datos adaptados con fines de investigación.

**3.3.2. Programa de intervención: Terapia Racional Emotiva**

Para el desarrollo de esta fase se preparó un programa de intervención de la Terapia Racional Emotiva de Dr. Ellis, así como un cuestionario de evaluación por cada sesión. La TRE (Terapia Racional Emocional) tiene un enfoque eminentemente práctico, y trata de dotar al estudiante o profesional tanto de la base teórica como de las herramientas y habilidades prácticas básicas para abordar este tipo de terapia. Si se emplea los principios y prácticas de la Terapia Racional Emotiva, podrán cambiar sus pensamientos, sentimientos y conductas auto destructoras y se sentirán mucho mejor que cuando empezó la terapia.

## **Programa Terapia Racional Emotiva**

La Terapia Racional Emotiva propone una gama de opciones terapéuticas, como programas de intervención para lograr el cambio de los sistemas de creencias, o el desarrollo de la afectividad, resolución de problemas, o modificación de pensamientos, para el presente trabajo se utilizara un programa de intervención terapéutica que busca cambiar atender los desajustes emocionales, que producen la práctica del aborto.

### **Objetivos Generales del Programa**

Aplicación del programa de intervención de la Terapia Racional Emotiva, para ver el nivel en el que influye en las secuelas psicológicas del aborto en alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión.

Establecer cuál es el nivel de eficacia del uso del programa de intervención de la Terapia Racional Emotiva que influye en el factor social de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.

Establecer cuál es el nivel de eficacia del uso del programa de intervención de la Terapia Racional Emotiva que influye en el factor familiar de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.

Establecer cuál es el nivel de eficacia del uso del programa de intervención de la Terapia Racional Emotiva que influye en el factor académico de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.

Establecer cuál es el nivel de eficacia del uso del programa de intervención de la Terapia Racional Emotiva que influye en el factor personal de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.

### **Metodología**

- ☐ 4 Sesiones.
- ☐ 6 horas en cada sesión.
- ☐ Presentación de grupo.
- ☐ Agenda a trabajar.
- ☐ Evaluación de cada sesión a través de un cuestionario que se aplica al término de cada sesión de manera individual.

### **Programa General**

| Nº | Edades  | Sesiones                 | Técnicas  | Total      |
|----|---------|--------------------------|-----------|------------|
| 01 | 17 (06) | 1er. Sesión: Persona     | Cognitiva | 25 Alumnas |
|    | 18 (05) | 2da. Sesión: Familia     | Emocional |            |
|    | 19 (06) | 3er.Sesión: Adolescencia |           |            |
|    | 20 (04) | 4ta. Sesión: Autoestima  |           |            |

### **Técnicas a utilizar:**

#### **Técnicas Cognitivas**

1. Detección: Consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar auto-registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.

2. Refutación: Consiste en una serie de preguntas para contrastar las creencias irracionales. Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.
3. Discriminación: Se enseña a las alumnas, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
4. Tareas cognitivas para casa: Se utiliza con profusión los auto-registros de eventos con guías de refutación, cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de TRE.
5. Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje a las alumnas de manera más racional y correcta ("p.e en vez de decir No puedo, decir, todavía no pude...")

### **Técnicas emotivas**

1. Uso de la aceptación incondicional con las alumnas: Se acepta a las alumnas a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia auto-aceptación.
2. Métodos humorísticos: Con ellos se anima a las alumnas a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
3. Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a las alumnas, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

4. Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc. para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
5. Inversión del rol racional: Se pide a las alumnas que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.
6. Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima a las alumnas a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería").

### **Desarrollo de las Sesiones Terapéuticas**

La forma como se desarrolló la intervención psicoterapéutica fue a través de talleres vivenciales y según un programa establecido, tenía los siguientes pasos;

- ☐ Prueba de entrada.
- ☐ Dinámica de integración.
- ☐ Presentación de los integrantes y asistentes al del taller.
- ☐ Presentación de los objetivos a conseguir en la sesión.
- ☐ La presentación de los contenidos temáticos de cada sesión.
- ☐ El desarrollo de los contenidos y la participación de todas las asistentes al taller.
- ☐ Discusión y análisis de los temas tratados.
- ☐ La evaluación final de los contenidos.

El terapeuta del taller fue el responsable de calificar las pruebas aplicadas a las alumnas y de retroalimentar los avances a los mismos.

El trabajo de intervención psicoterapéutica tuvo dos fases, la colectiva a través de las clases y evaluaciones grupales y la consulta individual que se realizó al final de cada taller y el propósito era retroalimentar individualmente el avance del alumno y brindar un soporte más personal.



### **3.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos**

Para el procesamiento y análisis de los datos emplearemos un programa informático empleando el paquete estadístico SPSS versión 15,0 (español). Para el análisis estadístico de los resultados se empleó la prueba estadística Coeficiente de Correlación de Pearson.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 4.1. Presentación de Resultados

A continuación presentamos los resultados de los instrumentos y técnicas aplicadas durante esta parte de la investigación.

**Cuadro Nº 1**

#### **Resultados: Evaluación de Autoestima Pre-Test**

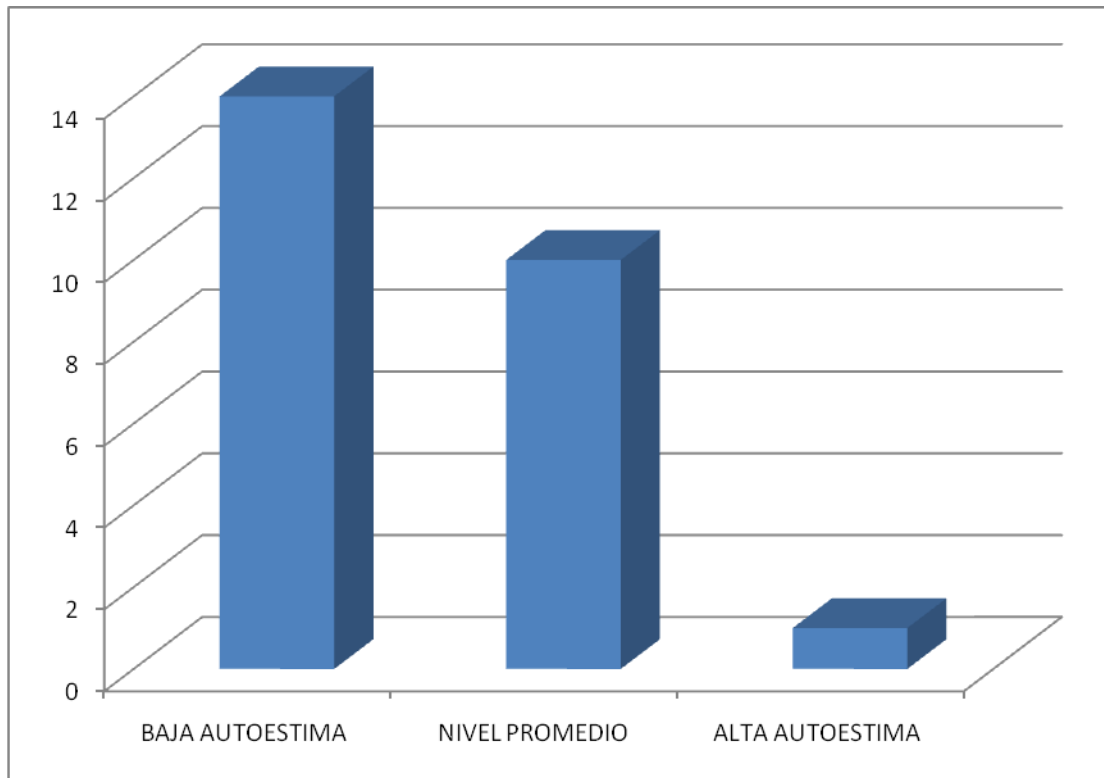
| N° | EDAD | PUNTAJE BRUTO |     |   |     | PUNTAJE | PUNTAJE SEI |      |      |      | PUNTAJE   | CATEGORÍA       |
|----|------|---------------|-----|---|-----|---------|-------------|------|------|------|-----------|-----------------|
|    |      | SG            | SOC | H | SCH | TOTAL   | SG          | SOC  | H    | SCH  | TOTAL SEI |                 |
| 1  | 17   | 11            | 4   | 3 | 3   | 21      | 42,4        | 50   | 37,5 | 37,5 | 42        | Baja autoestima |
| 2  | 17   | 10            | 3   | 2 | 3   | 18      | 38,5        | 37,5 | 25   | 37,5 | 36        | Baja autoestima |
| 3  | 17   | 12            | 3   | 4 | 2   | 21      | 46,2        | 37,5 | 50   | 25   | 42        | Baja autoestima |
| 4  | 17   | 10            | 3   | 2 | 3   | 18      | 38,5        | 37,5 | 25   | 37,5 | 36        | Baja autoestima |
| 5  | 17   | 22            | 7   | 1 | 5   | 35      | 84,7        | 87,5 | 12,5 | 62,5 | 70        | Promedio        |
| 6  | 17   | 15            | 2   | 1 | 1   | 19      | 57,8        | 25   | 12,5 | 12,5 | 37        | Baja autoestima |
| 7  | 17   | 23            | 7   | 1 | 5   | 36      | 88,6        | 87,5 | 12,5 | 62,5 | 72        | Promedio        |
| 8  | 17   | 11            | 2   | 1 | 2   | 16      | 42,4        | 25   | 12,5 | 25   | 32        | Baja autoestima |
| 9  | 17   | 21            | 8   | 1 | 3   | 33      | 80,9        | 100  | 12,5 | 37,5 | 66        | Promedio        |
| 10 | 17   | 12            | 3   | 1 | 4   | 20      | 46,2        | 37,5 | 12,5 | 50   | 40        | Baja autoestima |
| 11 | 18   | 20            | 8   | 1 | 4   | 33      | 77          | 100  | 12,5 | 50   | 66        | Promedio        |
| 12 | 18   | 10            | 3   | 3 | 2   | 18      | 38,5        | 37,5 | 37,5 | 25   | 36        | Baja autoestima |
| 13 | 18   | 15            | 3   | 2 | 1   | 21      | 57,8        | 37,5 | 25   | 12,5 | 42        | Baja autoestima |
| 14 | 18   | 21            | 8   | 2 | 2   | 33      | 80,9        | 100  | 25   | 25   | 66        | Promedio        |
| 15 | 18   | 11            | 4   | 2 | 3   | 20      | 42,4        | 50   | 25   | 37,5 | 40        | Baja autoestima |
| 16 | 19   | 20            | 5   | 1 | 6   | 32      | 77          | 62,5 | 12,5 | 75   | 64        | Promedio        |
| 17 | 19   | 22            | 7   | 3 | 6   | 38      | 84,7        | 87,5 | 37,5 | 75   | 76        | Alta autoestima |
| 18 | 19   | 20            | 6   | 5 | 6   | 37      | 77          | 75   | 62,5 | 75   | 74        | Promedio        |
| 19 | 19   | 20            | 6   | 3 | 7   | 36      | 77          | 75   | 37,5 | 87,5 | 72        | Promedio        |
| 20 | 19   | 13            | 4   | 2 | 3   | 22      | 50,1        | 50   | 25   | 37,5 | 44        | Baja autoestima |
| 21 | 19   | 13            | 4   | 3 | 2   | 22      | 50,1        | 50   | 37,5 | 25   | 44        | Baja autoestima |
| 22 | 20   | 22            | 7   | 3 | 5   | 37      | 84,7        | 87,5 | 37,5 | 62,5 | 74        | Promedio        |
| 23 | 20   | 21            | 6   | 4 | 6   | 37      | 80,9        | 75   | 50   | 75   | 74        | Promedio        |
| 24 | 20   | 12            | 4   | 1 | 5   | 22      | 46,2        | 50   | 12,5 | 62,5 | 44        | Baja autoestima |
| 25 | 20   | 20            | 6   | 4 | 7   | 37      | 77          | 75   | 50   | 87,5 | 74        | Promedio        |

**Cuadro Nº 1:** Los puntajes obtenidos por las alumnas seleccionadas del 5to.

Ciclo de enfermería del Instituto Daniel Alcides Carrión en la prueba de entrada muestran los siguientes puntajes; él 50% de las alumnas tiene baja autoestima, el 46% está en nivel promedio y solo el 4% de la población tiene alta autoestima. Lo que refleja que el problema del aborto ha afecta esa parte de la personalidad.

**Gráfico N° 1**

**Resultados: Evaluación de Autoestima Pre Test**



**Grafico N° 1:** Se observa que de un total de 25 alumnas, 14 tienen Baja Autoestima, lo significa un 56% de la población evaluada, 10 un nivel Promedio, el 40% de la población evaluada y 1 una alumna presenta Alta Autoestima lo que representa el 4% de la población. Información obtenida por medio del Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith para jóvenes.

## Cuadro Nº 2

### Resultados: Evaluación de Autoestima Post-Test

| Nº | EDAD | PUNTAJE BRUTO |     |   |     | PUNTAJE<br>TOTAL | PUNTAJE SEI |      |      |      | PUNTAJE<br>TOTAL SEI | CATEGORÍA       |
|----|------|---------------|-----|---|-----|------------------|-------------|------|------|------|----------------------|-----------------|
|    |      | SG            | SOC | H | SCH |                  | SG          | SOC  | H    | SCH  |                      |                 |
| 1  | 17   | 24            | 7   | 5 | 6   | 42               | 92,4        | 87,5 | 62,5 | 75   | 84                   | Alta autoestima |
| 2  | 17   | 23            | 7   | 4 | 6   | 40               | 88,6        | 87,5 | 50   | 75   | 80                   | Alta autoestima |
| 3  | 17   | 23            | 7   | 4 | 6   | 40               | 88,6        | 87,5 | 50   | 75   | 80                   | Alta autoestima |
| 4  | 17   | 13            | 5   | 4 | 5   | 27               | 50,1        | 62,5 | 50   | 62,5 | 54                   | Promedio        |
| 5  | 17   | 24            | 7   | 5 | 6   | 42               | 92,4        | 87,5 | 62,5 | 75   | 84                   | Alta autoestima |
| 6  | 17   | 16            | 6   | 5 | 5   | 32               | 61,6        | 75   | 62,5 | 62,5 | 64                   | Promedio        |
| 7  | 17   | 24            | 7   | 5 | 6   | 42               | 92,4        | 87,5 | 62,5 | 75   | 84                   | Alta autoestima |
| 8  | 17   | 13            | 4   | 4 | 4   | 25               | 50,1        | 50   | 50   | 50   | 50                   | Promedio        |
| 9  | 17   | 22            | 8   | 5 | 4   | 39               | 84,7        | 100  | 62,5 | 50   | 78                   | Alta autoestima |
| 10 | 17   | 23            | 7   | 4 | 6   | 40               | 88,6        | 87,5 | 50   | 75   | 80                   | Alta autoestima |
| 11 | 18   | 21            | 8   | 5 | 5   | 39               | 80,1        | 100  | 62,5 | 62,5 | 78                   | Alta autoestima |
| 12 | 18   | 24            | 7   | 5 | 6   | 42               | 92,4        | 87,5 | 62,5 | 75   | 84                   | Alta autoestima |
| 13 | 18   | 23            | 7   | 4 | 6   | 40               | 88,6        | 87,5 | 50   | 75   | 80                   | Alta autoestima |
| 14 | 18   | 22            | 8   | 4 | 4   | 38               | 84,7        | 100  | 50   | 50   | 76                   | Alta autoestima |
| 15 | 18   | 23            | 7   | 4 | 6   | 40               | 88,6        | 87,5 | 50   | 75   | 80                   | Alta autoestima |
| 16 | 19   | 24            | 7   | 5 | 6   | 42               | 92,4        | 87,5 | 62,5 | 75   | 84                   | Alta autoestima |
| 17 | 19   | 23            | 7   | 4 | 6   | 40               | 88,6        | 87,5 | 50   | 75   | 80                   | Alta autoestima |
| 18 | 19   | 24            | 7   | 5 | 6   | 42               | 92,4        | 87,5 | 62,5 | 75   | 84                   | Alta autoestima |
| 19 | 19   | 21            | 6   | 4 | 7   | 38               | 80,1        | 75   | 50   | 87,5 | 76                   | Alta autoestima |
| 20 | 19   | 24            | 7   | 5 | 6   | 42               | 92,4        | 87,5 | 62,5 | 75   | 84                   | Alta autoestima |
| 21 | 19   | 24            | 7   | 5 | 6   | 42               | 92,4        | 87,5 | 62,5 | 75   | 84                   | Alta autoestima |
| 22 | 20   | 24            | 7   | 5 | 6   | 42               | 92,4        | 87,5 | 62,5 | 75   | 84                   | Alta autoestima |
| 23 | 20   | 22            | 6   | 4 | 6   | 38               | 84,7        | 75   | 50   | 75   | 76                   | Alta autoestima |
| 24 | 20   | 24            | 7   | 5 | 6   | 42               | 92,4        | 87,5 | 62,5 | 75   | 84                   | Alta autoestima |
| 25 | 20   | 22            | 8   | 5 | 4   | 39               | 84,7        | 100  | 62,5 | 50   | 78                   | Alta autoestima |

**Cuadro Nº 2:** Vemos en el cuadro la variación que sucedió luego de aplicar el programa de intervención de la TRE, los puntajes alcanzados por las alumnas nos dan los siguientes indicadores, el 25 de la población elevó su nivel de autoestima y el 12% se mantuvo en nivel promedio, debiendo de mencionar que estas tres personas pasaron de baja autoestima a nivel promedio, lo que en un avance por lo tanto podemos concluir que el 100% de la población mejoró su nivel de autoestima luego de la intervención psicoterapéutica y pueden enfrentar mejor los efectos negativos del aborto.

A continuación presentamos en el Cuadro N° 3 la comparación de puntaje obtenidos en el test de autoestima en ambas fases de la investigación.

**Cuadro N° 3**

**Comparación de Resultados de Nivel de Autoestima de la Población Total**

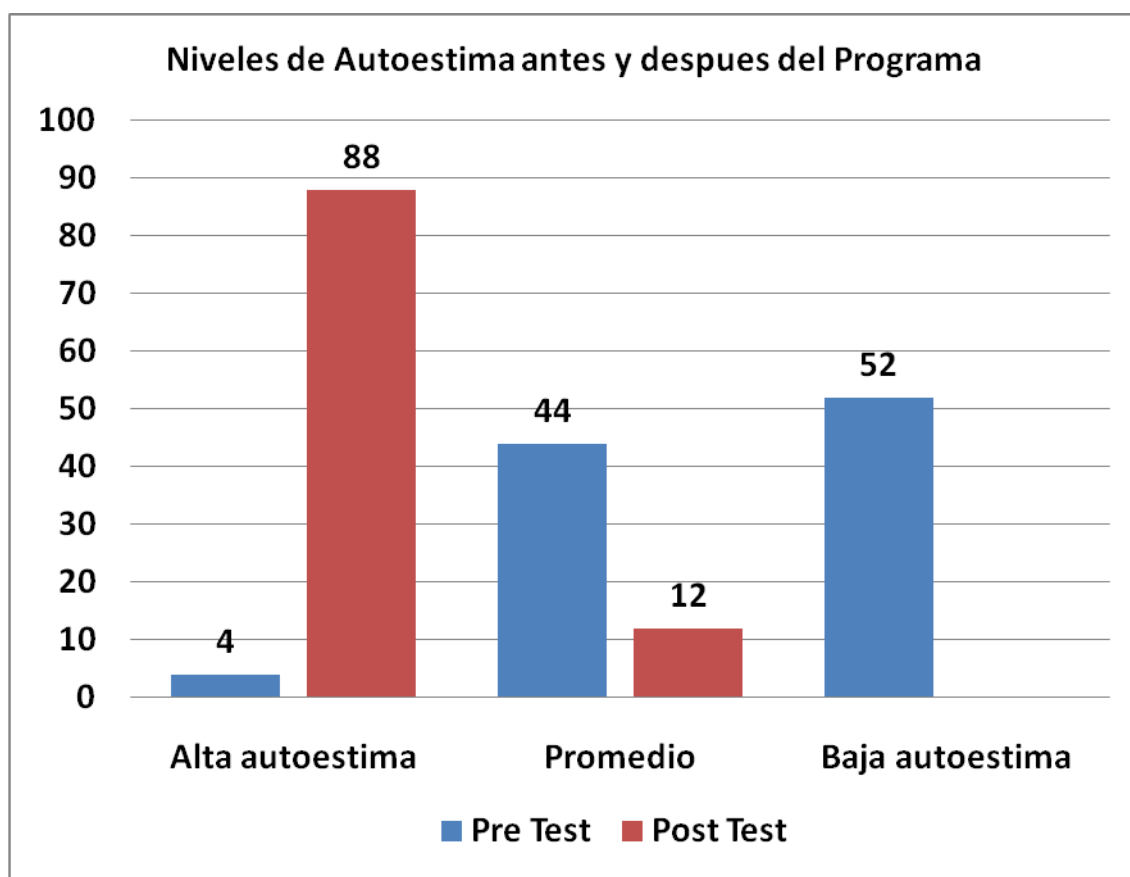
| N°                       | APELLIDOS Y NOMBRES | PUNTAJE  | PUNTAJE   | DIF. PRE/<br>POST TEST |
|--------------------------|---------------------|----------|-----------|------------------------|
|                          |                     | Pre test | Post test |                        |
| 1                        | RAMÍREZ, A.         | 42       | 84        | 42                     |
| 2                        | PÉREZ, S.           | 36       | 80        | 44                     |
| 3                        | SANDOVAL, K,        | 42       | 80        | 38                     |
| 4                        | PAZ, F.             | 36       | 54        | 18                     |
| 5                        | MIRANDA, C.         | 70       | 84        | 14                     |
| 6                        | RAMOS, M.           | 37       | 64        | 27                     |
| 7                        | MOTTA, J.           | 72       | 84        | 12                     |
| 8                        | SOTO, E.            | 32       | 50        | 18                     |
| 9                        | DUEÑAS, A.          | 66       | 78        | 12                     |
| 10                       | LEÓN, G.            | 40       | 80        | 40                     |
| 11                       | CHONQUI, M.         | 66       | 78        | 12                     |
| 12                       | SILVA, P,           | 36       | 84        | 48                     |
| 13                       | HUAMAN, R.          | 42       | 80        | 38                     |
| 14                       | AYZANO, P.          | 66       | 76        | 10                     |
| 15                       | CULQUI, H.          | 40       | 80        | 40                     |
| 16                       | VARGAS, M.          | 64       | 84        | 20                     |
| 17                       | ASTO, M.            | 76       | 80        | 4                      |
| 18                       | CABREJOS, V.        | 74       | 84        | 10                     |
| 19                       | VALDIVIA, M.        | 72       | 76        | 4                      |
| 20                       | CACERES, R.         | 44       | 84        | 40                     |
| 21                       | VALDIVIESO, C.      | 44       | 84        | 40                     |
| 22                       | SEMINARIO, C.       | 74       | 84        | 10                     |
| 23                       | VALLE, R.           | 74       | 76        | 2                      |
| 24                       | MURILLO, S.         | 44       | 84        | 40                     |
| 25                       | SOTO, N.            | 74       | 78        | 4                      |
| <b>Sumatoria =</b>       |                     | 1363     | 1950      | 587                    |
| <b>Promedio =</b>        |                     | 54,52    | 78        | 23,48                  |
| <b>Desv. Stand. =</b>    |                     | 16,30726 | 9,0185    | 15,634151              |
| <b>Corr. Pearson r =</b> |                     | 0,3496   |           |                        |

**Cuadro N° 3:** Podemos ver que existe una correlación baja, lo cual demuestra que el programa de intervención de la TRE ha funcionado entre las etapas de evaluación pre test y post test.

## Grafica N° 2

### Niveles de Autoestima Pre y Post del Programa de Intervención

#### Terapéutica (TRE)



**Grafica N° 2:** Podemos observar la variación que se produce en las alumnas de enfermería por niveles de autoestima, en la primera columna que representa el nivel más elevado de autoestima del 4% pasa al 88% lo que significa el numero de alumnas que tenia alta autoestima se ha incrementado sustancialmente, en el segundo nivel de 44% de alumnas que tenía el nivel promedio, se ha reducido al 12% lo que significa que el 75% de las alumnas que estaban en este nivel han aumentado su nivel de autoestima y en cambio la tercera columna que corresponde a las alumnas que tenia baja autoestima podemos ver que el 100% elevó su nivel e autoestima.

## Cuadro Nº 4

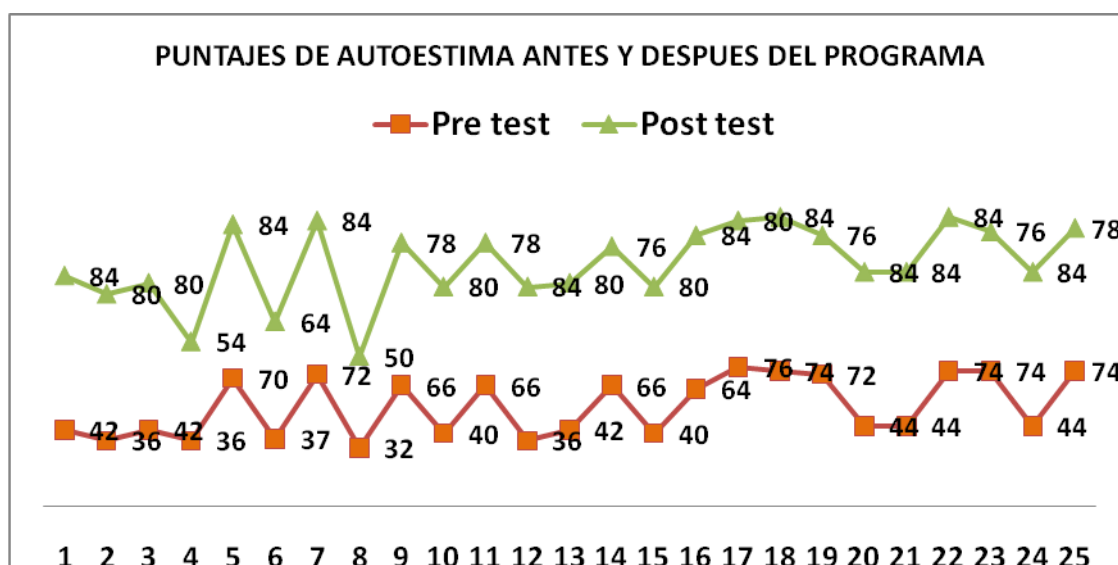
### Resultados Nivel de Autoestima

| CATEGORIAS      | PRE TEST  |            | POST TEST |            |
|-----------------|-----------|------------|-----------|------------|
|                 | Fx        | %          | Fy        | %          |
| Alta autoestima | 1         | 4          | 22        | 88         |
| Promedio        | 11        | 44         | 3         | 12         |
| Baja autoestima | 13        | 52         | 0         | 0          |
| <b>TOTAL</b>    | <b>25</b> | <b>100</b> | <b>25</b> | <b>100</b> |

**Cuadro Nº 4:** En el cuadro evidenciamos los resultados del Pre Test y del Post Test del Inventario de Autoestima de Coopersmith, en ambos casos se muestra numérico y porcentual.

## Grafica Nº 3

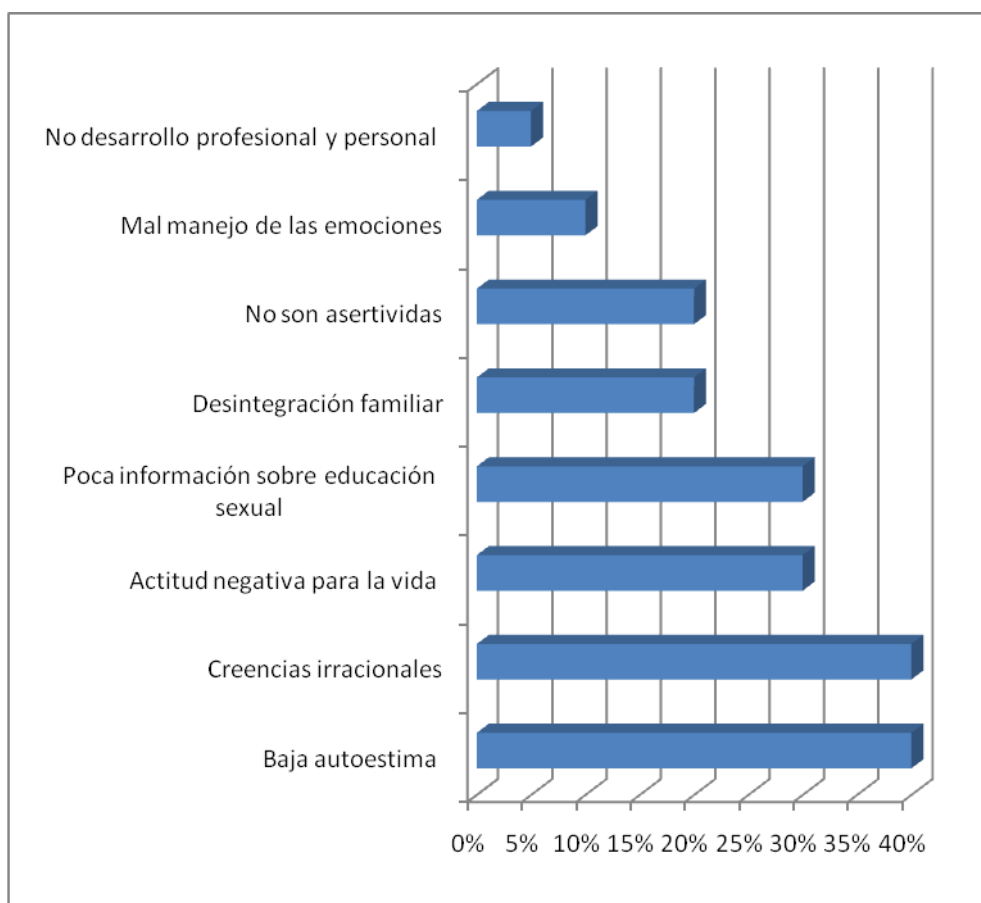
### Puntajes Pre Test y Post Test del Inventario de Autoestima



**Grafica Nº 3:** Podemos ver la tendencia positiva en los resultados de las alumnas evaluadas, en el área de autoestima, el 100% de alumnas han mejorado su nivel de autoestima durante la aplicación de la Terapia Racional Emotiva.

#### Gráfica N° 4

### Resultados: Áreas de Personalidad de las alumnas evaluadas en el inicio de la Intervención Psicoterapéutica

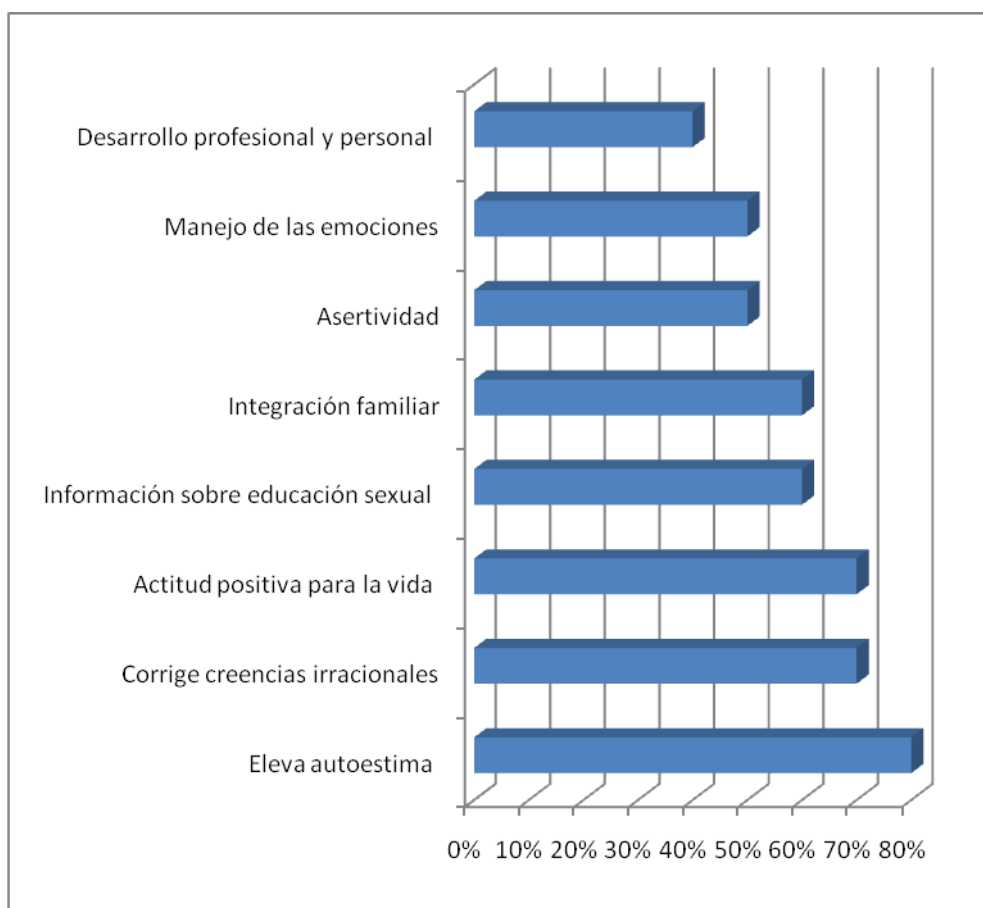


**Grafico N° 4:** Podemos evidenciar que antes de empezar la intervención de la Terapia Racional Emotiva, que 5% de las alumnas tiene un bajo nivel de desarrollo personal y profesional, 9%, no sabe manejar sus emociones, el 18 % no son asertivas, el 18% tiene problemas de desintegración familiar, el 28% tiene poca información sobre la educación sexual, el 28% tiene una actitud negativa para la vida, y el 40% de las alumnas presentan una baja autoestima y creencias irracionales.



**Gráfico N° 5**

**Resultados: Áreas de la Personalidad de las Alumnas evaluadas al término de la Intervención Psicoterapéutica**



**Grafico N° 5:** El 80% de las alumnas después de la TRE elevaron su autoestima, con un 70% corrigieron sus creencias irracionales y optaron por una actitud positiva para la vida, el 60% de las alumnas tomaron interés sobre la educación sexual y la importancia de la integración familiar, el 50% se convirtieron en ser personas asertivas y de controlar sus emociones, con un 40% le dieron importancia al desarrollo profesional y personal.

## Cuadro Nº 5

### Resultados Generales de la evaluación de la Intervención

#### Psicoterapéutica con la Técnica de la TRE

| Nº      | 1 S       | 1 S       | 2 S       | 2 S       | 3 S       | 3 S       | 4 S       | 4 S       |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|         | AREA EMOC | AREA COGN | AREA EMOC | AREA COGN | AREA EMOC | AREA COGN | AREA EMOC | AREA COGN |
| 1       | 2         | 2         | 2         | 3         | 4         | 2         | 3         | 5         |
| 2       | 2         | 1         | 1         | 3         | 3         | 2         | 4         | 4         |
| 3       | 2         | 2         | 2         | 3         | 2         | 1         | 2         | 4         |
| 4       | 3         | 1         | 2         | 3         | 4         | 4         | 5         | 4         |
| 5       | 2         | 2         | 2         | 2         | 3         | 3         | 4         | 4         |
| 6       | 1         | 3         | 2         | 2         | 3         | 3         | 4         | 4         |
| 7       | 1         | 2         | 4         | 3         | 2         | 4         | 3         | 4         |
| 8       | 1         | 3         | 3         | 2         | 3         | 3         | 2         | 4         |
| 9       | 2         | 2         | 2         | 2         | 2         | 2         | 2         | 3         |
| 10      | 1         | 1         | 3         | 4         | 1         | 3         | 4         | 5         |
| 11      | 2         | 2         | 3         | 2         | 2         | 3         | 2         | 5         |
| 12      | 1         | 2         | 2         | 4         | 2         | 2         | 4         | 4         |
| 13      | 2         | 2         | 4         | 3         | 4         | 4         | 5         | 5         |
| 14      | 1         | 3         | 3         | 2         | 3         | 3         | 4         | 3         |
| 15      | 2         | 2         | 2         | 2         | 3         | 3         | 4         | 4         |
| 16      | 3         | 1         | 3         | 4         | 3         | 4         | 3         | 4         |
| 17      | 4         | 2         | 3         | 2         | 2         | 3         | 3         | 4         |
| 18      | 3         | 2         | 2         | 4         | 3         | 3         | 4         | 5         |
| 19      | 2         | 2         | 3         | 3         | 2         | 4         | 4         | 4         |
| 20      | 2         | 3         | 3         | 2         | 1         | 2         | 4         | 3         |
| 21      | 2         | 4         | 3         | 4         | 4         | 5         | 4         | 5         |
| 22      | 3         | 3         | 2         | 3         | 3         | 4         | 4         | 5         |
| 23      | 1         | 2         | 2         | 3         | 3         | 4         | 4         | 4         |
| 24      | 4         | 3         | 2         | 3         | 3         | 4         | 4         | 4         |
| 25      | 2         | 3         | 3         | 4         | 4         | 3         | 3         | 5         |
| Sum     | 51        | 55        | 63        | 72        | 69        | 78        | 89        | 105       |
| Prom    | 2,04      | 2,2       | 2,52      | 2,88      | 2,76      | 3,12      | 3,56      | 4,2       |
| Desv St | 0,9       | 0,8       | 0,7       | 0,8       | 0,9       | 0,9       | 0,9       | 0,6       |

**Cuadro Nº 5:** Observamos los resultados generales de la Intervención de la Terapia Racional Emotiva por sesión y por las áreas emocional y cognitiva.

## Cuadro Nº 6

### Correlación por Sesiones Terapéuticas

| Correlación por sesiones |         |         |
|--------------------------|---------|---------|
| Sesión                   | EMOC    | COGN    |
| 1ª y 2ª                  | -0,1654 | -0,1676 |
| 1ª y 3ª                  | 0,1727  | 0,2000  |
| 1ª y 4ª                  | 0,0776  | 0,0000  |
| 2ª y 3ª                  | -0,1247 | 0,2508  |
| 2ª y 4ª                  | -0,0859 | 0,5455  |
| 3ª y 4ª                  | 0,2920  | 0,3063  |

**Cuadro Nº 6:** En el cuadro podemos evidenciar correlación por sesiones en las áreas emocional y cognitiva de la Intervención de la TRE.

## Cuadro Nº 7

### Resultados: Evaluación Área Emocional durante la Intervención Terapéutica

| Nº | 1 S       | 2 S       | 3 S       | 4 S       |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
|    | AREA EMOC | AREA EMOC | AREA EMOC | AREA EMOC |
| 1  | 2         | 2         | 4         | 3         |
| 2  | 2         | 1         | 3         | 4         |
| 3  | 2         | 2         | 2         | 2         |
| 4  | 3         | 2         | 4         | 5         |
| 5  | 2         | 2         | 3         | 4         |
| 6  | 1         | 2         | 3         | 4         |
| 7  | 1         | 4         | 2         | 3         |
| 8  | 1         | 3         | 3         | 2         |
| 9  | 2         | 2         | 2         | 2         |
| 10 | 1         | 3         | 1         | 4         |
| 11 | 2         | 3         | 2         | 2         |
| 12 | 1         | 2         | 2         | 4         |
| 13 | 2         | 4         | 4         | 5         |
| 14 | 1         | 3         | 3         | 4         |
| 15 | 2         | 2         | 3         | 4         |
| 16 | 3         | 3         | 3         | 3         |
| 17 | 4         | 3         | 2         | 3         |
| 18 | 3         | 2         | 3         | 4         |

|         |      |      |      |      |
|---------|------|------|------|------|
| 19      | 2    | 3    | 2    | 4    |
| 20      | 2    | 3    | 1    | 4    |
| 21      | 2    | 3    | 4    | 4    |
| 22      | 3    | 2    | 3    | 4    |
| 23      | 1    | 2    | 3    | 4    |
| 24      | 4    | 2    | 3    | 4    |
| 25      | 2    | 3    | 4    | 3    |
| Sum     | 51   | 63   | 69   | 89   |
| Prom    | 2,04 | 2,52 | 2,76 | 3,56 |
| Desv St | 0,9  | 0,7  | 0,9  | 0,9  |

**Cuadro Nº 7:** En el siguiente cuadro observamos los resultados del Área Emocional durante la intervención de la Terapia Racional Emotiva.

**Cuadro Nº 8**

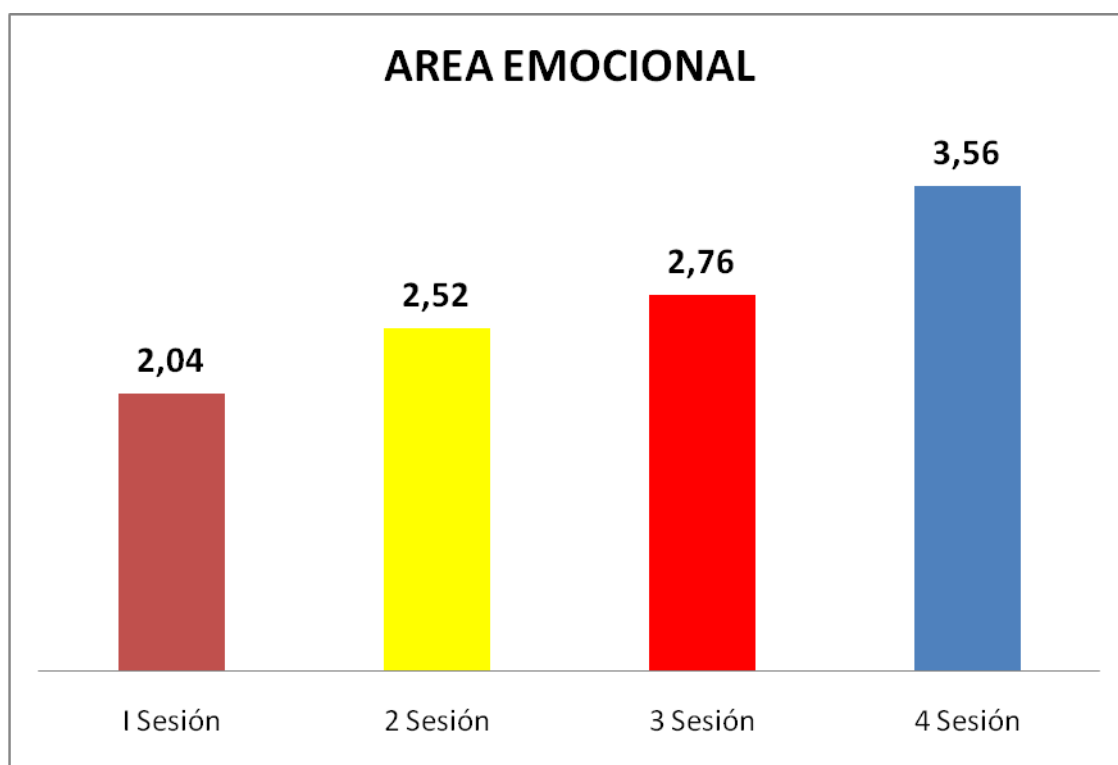
**Área Emocional**

|         | <b>I Sesión</b> | <b>2 Sesión</b> | <b>3 Sesión</b> | <b>4 Sesión</b> |
|---------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Sum     | 51              | 63              | 69              | 89              |
| Prom    | 2,04            | 2,52            | 2,76            | 3,56            |
| Desv St | 0,9             | 0,7             | 0,9             | 0,9             |

**Cuadro Nº 8:** Evidenciamos los resultados por sesión del Área Emocional luego de la intervención de la Terapia Racional Emotiva.

**Grafica Nº 6**

**Avances en el Área Emocional durante la Intervención Psicoterapéutica**



**Grafica Nº 6:** Observamos con gradualmente las alumnas van incrementado su fortalece emocional luego de cada sesion, logrando al final una mejoria emocional notoria, con un incremento del 80% de las habilidades emocionales iniciales.

## Cuadro Nº 9

### Resultados: Evaluación del Area Cognitiva durante Intervención

#### Terapéutica

| Nº      | 1 S       | 2 S       | 3 S       | 4 S       |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|         | AREA COGN | AREA COGN | AREA COGN | AREA COGN |
| 1       | 2         | 3         | 2         | 5         |
| 2       | 1         | 3         | 2         | 4         |
| 3       | 2         | 3         | 1         | 4         |
| 4       | 1         | 3         | 4         | 4         |
| 5       | 2         | 2         | 3         | 4         |
| 6       | 3         | 2         | 3         | 4         |
| 7       | 2         | 3         | 4         | 4         |
| 8       | 3         | 2         | 3         | 4         |
| 9       | 2         | 2         | 2         | 3         |
| 10      | 1         | 4         | 3         | 5         |
| 11      | 2         | 2         | 3         | 5         |
| 12      | 2         | 4         | 2         | 4         |
| 13      | 2         | 3         | 4         | 5         |
| 14      | 3         | 2         | 3         | 3         |
| 15      | 2         | 2         | 3         | 4         |
| 16      | 1         | 4         | 4         | 4         |
| 17      | 2         | 2         | 3         | 4         |
| 18      | 2         | 4         | 3         | 5         |
| 19      | 2         | 3         | 4         | 4         |
| 20      | 3         | 2         | 2         | 3         |
| 21      | 4         | 4         | 5         | 5         |
| 22      | 3         | 3         | 4         | 5         |
| 23      | 2         | 3         | 4         | 4         |
| 24      | 3         | 3         | 4         | 4         |
| 25      | 3         | 4         | 3         | 5         |
| Sum     | 55        | 72        | 78        | 105       |
| Prom    | 2,2       | 2,88      | 3,12      | 4,2       |
| Desv St | 0,8       | 0,8       | 0,9       | 0,6       |

**Cuadro Nº 9:** Evidenciamos los resultados por sesión del Área Cognitiva luego de la intervención de la Terapia Racional Emotiva.

### **Cuadro Nº 10**

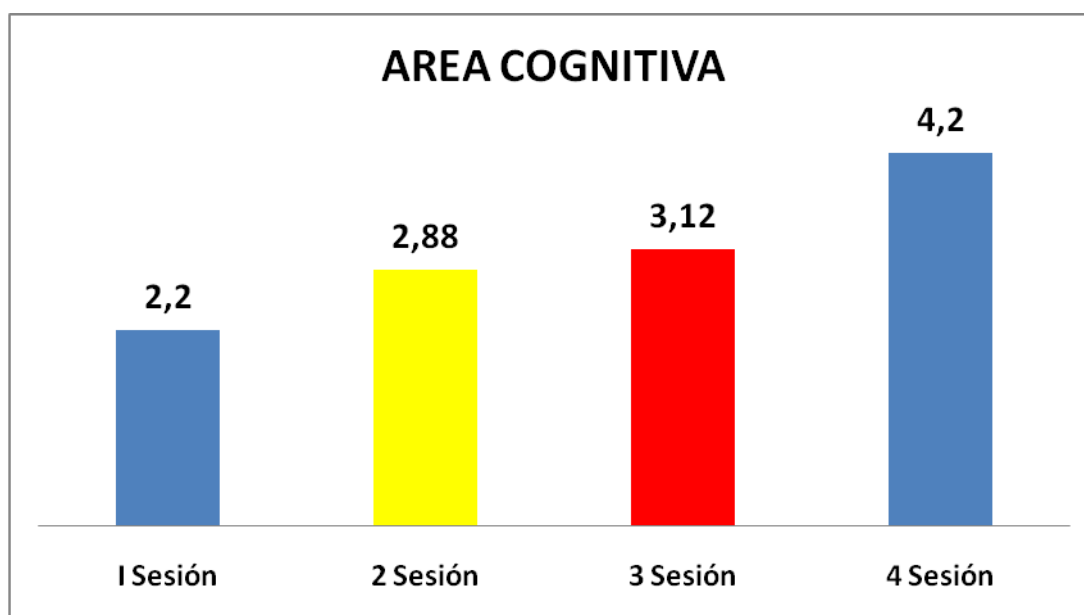
#### **Área Cognitiva**

|         | I Sesión | 2 Sesión | 3 Sesión | 4 Sesión |
|---------|----------|----------|----------|----------|
| Sum     | 55       | 72       | 78       | 105      |
| Prom    | 2,2      | 2,88     | 3,12     | 4,2      |
| Desv St | 0,8      | 0,8      | 0,9      | 0,6      |

**Cuadro Nº 10:** Evidenciamos los resultados por sesión del Área Cognitiva luego de la intervención de la Terapia Racional Emotiva.

### **Grafica Nº 7**

#### **Avances en el Área Cognitiva durante Intervención Psicoterapéutica**



**Grafica Nº 7:** Vemos el incremento gradual que se produce en las alumnas de enfermería por las sesiones de la TRE, en el área cognitiva, al término de las cuatro sesiones podemos ver un incremento total del 100% de habilidades cognitivas en la mayoría de alumnas.

## 4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

### 4.2.1 Hipótesis

El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente las secuelas psicológicas del aborto en alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión.

N<sub>1</sub> (Muestra pre test 25)

N<sub>2</sub> (Muestra post test 25)

Resultados:

X<sub>1</sub> 54.52

X<sub>2</sub> 78.00

S<sub>1</sub> 15.97

S<sub>2</sub> 8.83

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_p \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

t= 1.76

Gl = (25 + 25) – 2

Gl = 48

| Gl | .05    | .01   |
|----|--------|-------|
| 48 | 1.6794 | 2.412 |

El valor calculado de t de student es 1.76, resulta superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 (1.76 > 1.6794). Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación. El uso de la terapia racional emotiva disminuye significativamente las secuelas del aborto en alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión. (Hernández Sampieri, R. y Otros 1996).



#### 4.2.2 Hipótesis

El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto social de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por causa de un aborto.

N<sub>1</sub> (Muestra pre test 25)

N<sub>2</sub> (Muestra post test 25)

Resultados:

X<sub>1</sub> 61.5

X<sub>2</sub> 85.5

S<sub>1</sub> 15

S<sub>2</sub> 11

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_p \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

t= 1.77

Gl = (25 + 25) – 2

Gl = 48

| Gl | .05    | .01   |
|----|--------|-------|
| 48 | 1.6794 | 2.412 |

El valor calculado de t de student es 1.77, resulta superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 (1.77 > 1.6794). Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación. El uso de la terapia racional emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto social de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por causa de un aborto

### 4.2.3 Hipótesis

El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto familiar de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por causa de un aborto.

N<sub>1</sub> (Muestra pre test 25)

N<sub>2</sub> (Muestra post test 25)

Resultados:

X<sub>1</sub> 28

X<sub>2</sub> 57

S<sub>1</sub> 14.69

S<sub>2</sub> 6.20

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_p \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

t= 2.85

Gl = (25 + 25) – 2

Gl = 48

| Gl | .05    | .01   |
|----|--------|-------|
| 48 | 1.6794 | 2.412 |

El valor calculado de t de student es 2.85, resulta superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 (2.85 > 1.6794). Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación. El uso de la terapia racional emotiva disminuyen significativamente los efectos negativos en el aspecto familiar de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por causa de un aborto.

#### 4.2.4 Hipótesis

El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto académico de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por causa de un aborto.

N<sub>1</sub> (Muestra pre test 25)

N<sub>2</sub> (Muestra post test 25)

Resultados:

X<sub>1</sub> 48

X<sub>2</sub> 70

S<sub>1</sub> 22.54

S<sub>2</sub> 10

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_p \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

t= 0.90

Gl = (25 + 25) – 2

Gl = 48

| Gl | .05    | .01   |
|----|--------|-------|
| 48 | 1.6794 | 2.412 |

El valor calculado de t de student es 0.90, resulta inferior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 (0.90 < 1.6794). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación. El uso de la terapia racional emotiva no disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto académico de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por causa de un aborto.

#### 4.2.5 Hipótesis

El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto personal de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por causa de un aborto.

N<sub>1</sub> (Muestra pre test 25)

N<sub>2</sub> (Muestra post test 25)

Resultados:

X<sub>1</sub> 62.7

X<sub>2</sub> 84.64

S<sub>1</sub> 15

S<sub>2</sub> 9

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_p \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

t= 1.79

Gl = (25 + 25) – 2

Gl = 48

| Gl | .05    | .01   |
|----|--------|-------|
| 48 | 1.6794 | 2.412 |

El valor calculado de t de student es 1.79, resulta superior al valor de la tabla en un nivel de confianza de .05 (1.79 > 1.6794). Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación. El uso de la terapia racional emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto personal de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas por causa de un aborto.

### **4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **Resultados de la Intervención Psicoterapéutica**

1. Según los resultados obtenidos por los instrumentos aplicados podemos ver que los puntajes obtenidos por la alumnas seleccionadas del 5to. de enfermería del Instituto Daniel Alcides Carrión en la prueba de entrada muestran los siguientes puntajes; que el 50% de las alumnas tiene baja autoestima, el 46% está en nivel promedio, y solo el 4% de la población tiene alta autoestima. Lo que refleja que el problema del aborto ha afecta esa parte de la personalidad.
2. El 80% de las alumnas después de la intervención terapéutica basada en la TRE elevaron su nivel de autoestima y corrigieron sus creencias irracionales además de optar por una actitud positiva para la vida, el 60% de las alumnas tomaron interés sobre la educación sexual y la importancia de la integración familiar, el 50% se convirtieron en ser personas asertivas y de controlar sus emociones, con un 40% le dieron importancia al desarrollo profesional y personal.
3. Se logró un cambio de actitudes es decir, de creencias, emociones y conductas. Esto implica según Ellis, una creencia muy fuerte en que la creencia irracional es dañina y su creencia racional alternativa, es sana y deseable.
4. El terapeuta y las alumnas trabajaron juntos para socavar las actitudes irracionales y fortalecer las racionales. El terapeuta se

encargó también de identificar los obstáculos que surgieron y ayudó a superarlos.

5. Dentro del proceso terapéutico, el terapeuta fortaleció los Hábitos Racionales: Auto reforzarse por pensar racionalmente y castigarse por pensar y actuar irracionalmente. Se les animó a tener muchas experiencias, en su vida diaria, a que sean consientes en su nueva filosofía. (ej.: hacer teatro para un tímido).
6. Metas: Pensar racionalmente, interés en sí mismo, auto aceptación incondicional, interés social, dirección propia, tolerancia, flexibilidad, aceptación de la incertidumbre, compromiso, asumir riesgos, auto-responsabilidad, por los pensamientos, emociones y conductas.
7. Otro de los logros obtenidos fue preparar a las alumnas a automatizar los cambios adquiridos en la terapia y prepararlas para que en el futuro, ellas sean su propia terapeuta.
8. La autoestima positiva aporta un conjunto de efectos beneficiosos para nuestra salud y calidad de vida, que se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria de la vida.
9. El presente trabajo permitió conocer como el Uso de la Terapia Racional Emotiva influye y disminuye las consecuencias negativas que en las secuelas psicológicas del aborto en las alumnas de del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel Alcides Carrión, utilizándose para ello como instrumentos de medición, el Inventario de Autoestima de Coopersmith y la Terapia

Racional Emotiva de Albert Ellis que presentan adecuados valores de confiabilidad en las muestras asegurando la consistencia de los resultados obtenidos.

10. Los resultados hallados en relación a la primera hipótesis precisa que es válida y aceptada, indicando que el Uso de Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente las secuelas del aborto en adolescentes del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel Alcides Carrión.
11. Los resultados obtenidos muestran que la segunda hipótesis precisa que es válida y aceptada, indicando que el Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto social de las alumnas que han pasado por una secuela de aborto.
12. La tercera hipótesis es válida y aceptada, indicando que el Uso de Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto familiar de las alumnas que han pasado por una secuela de aborto.
13. Respecto a la cuarta hipótesis se aprecia que no es aceptada debido a que el Uso de la Terapia Racional Emotiva no disminuye los efectos negativos en el aspecto académico en las alumnas que han pasado por una secuela de aborto.
14. En la quinta hipótesis se encontró que es válida y aceptada, indican que el Uso de Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto personal de las alumnas que han pasado por una secuela de aborto.

15. El tener hijos vivos en la adolescencia crea a las adolescentes el criterio de que cada niño en el vientre es un ser humano y que merece vivir, por lo que en vez de resultar un factor de riesgo es un factor protector en contra del aborto, difiriendo de lo que se pensaría que ya al tener hijos vivos que mantener, la adolescente se someta al aborto por la elevada carga económica que significaría otra boca más que alimentar.
16. El bajo rendimiento académico representa un factor de riesgo de aborto en la adolescencia, ya que no le permite a la adolescente la instrucción necesaria sobre temas de sexualidad y planificación familiar y se enfrenta a un embarazo como consecuencia de desuso o mal uso de los métodos de planificación familiar. Asimismo se evidencia abandono estudiantil, poca concentración y atención en los estudios. Inadecuados hábitos y técnicas de estudio, e ideas y creencias irracionales.



## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

#### **5.1.1. Conclusión general**

El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente las secuelas psicológicas del aborto en alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel Alcides Carrión.

#### **5.1.2. Conclusiones específicas**

- ☐ El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto social de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas a causa del aborto.
- ☐ El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto familiar de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas a causa del aborto.
- ☐ El Uso de la Terapia Racional Emotiva no disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto académico de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas a causa del aborto.
- ☐ El Uso de la Terapia Racional Emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto personal de las alumnas que han tenido secuelas psicológicas a causa del aborto.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- 📄 Se recomienda que se incrementen los programas de capacitación sobre educación sexual en centros educativos de secundaria donde se aborden temáticas como el inicio de la relación sexual, selección de pareja, proyecto de vida, fortalecimiento de la autoestima.
- 📄 Elabora un programa de prevención del embarazo no deseado en la población joven de nuestro país, porque las estadísticas demuestran que el 15% de la población adolescente termina embarazada y la práctica del aborto deja secuelas físicas ni emocionales.
- 📄 Ampliar los servicios de psicología en los Centros Educativos para atender las necesidades personales a nivel psicológico tanto en el plano emocional como cognitivo, por un adecuado asesoramiento evitaría que las mujeres jóvenes tengan relaciones de pareja negativas.
- 📄 Es necesario que exista una amplia difusión de los diferentes métodos de Planificación Familiar, provisión de los mismos en los Centros de Salud de todo el país así como información acerca de su uso correcto.
- 📄 Realizar programas pilotos con estudiantes donde se estimulen y fortalezca la autoestima y el manejo de ideas y creencias racionales y saludables para el desarrollo personal de las alumnas.

- ☞ Promover programas que integren los aspectos educativos, psicológicos y médicos sobre la sexualidad para romper los mitos y tabúes que van contra el trato franco y abierto de la sexualidad en los adolescentes. Lamentablemente en nuestra realidad el gobierno y las instituciones religiosas no han logrado disuadir eficazmente a las adolescentes de iniciar su actividad sexual.
- ☞ Promover programas que sean emitidos masivamente para educar a los padres y la sociedad en general sobre los efectos negativos del aborto.
- ☞ La promoción de actividades como las consejerías sobre sexualidad y la provisión de métodos de planificación familiar en el Instituto de Educación Superior Daniel Alcides Carrión disminuyó la problemática del aborto en las alumnas, demostrando claramente que la adolescente en esta etapa de cambios de su vida, necesita de una relación de pareja estable, que la pareja la apoye al momento de tomar decisiones y que le brinde un verdadero núcleo familiar fuera del núcleo paterno o materno en la cual ellos se desarrollaron, de esta forma, tomarán decisiones fuertes que los mantendrán unidos y los convertirán en una pareja sólida a largo plazo, lo cual depende del tiempo en que estos adolescentes se conozcan, excluyendo relaciones fortuitas o pasajeras, que a lo sumo son las que provocan este alto número de embarazos no deseados y por lo tanto una alta incidencia de abortos.

- ☞ Continuar la investigación longitudinal sobre las consecuencias psicológicas que deja el aborto en personas que han practicado el aborto.
- ☞ El hecho de que una adolescente se encuentre sola o soltera ya no es un factor de riesgo porque han aprendido a tener equilibrio emocional que favorece a la creación de relaciones sociales más satisfactorias; así como mejor capacidad de escuchar a los demás, se comunican con facilidad y le satisfacen las relaciones sociales, valora la amistad y tiene iniciativa para dirigirse hacia la gente.
- ☞ Se deben realizar campañas informativas a la comunidad en general a fin de educar, informar, sensibilizar e involucrar a los adultos en el tema para que cumplan un rol informativo y preventivo. Que ningún adulto prive de información en Educación Sexual abierta, franca y completa a cualquier niño, adolescente o joven que lo solicite.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **Libros/Revistas/Tesis:**

1. **Alfaro Blandón, Jeanneville Omally** (2,001). Planificación Familiar y Algunas Perspectivas de Embarazo en Adolescentes. Tesis para optar el grado de Licenciado. Lima.
2. **Artículo:** La Sexualidad en Adolescentes en el Perú (2,009). Rojas Salas, Gladys. Cuzco.
3. **Ashton** (1,980). "They Psychosocial Outcome of Induced Abortion", British Journal of Ob & Gyn., 87:1115-1122.
4. **Badgley**, (1,977). Et.al, Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law (Ottawa:Supply and Services, 1977), pp.313-321.
5. **Caja Jauweandreu, R.** (1,996). Bienestar, Autoestima y Felicidad, una Guía para Alcanzar la Estabilidad Psíquica y la Madurez Personal. Editorial Plaza & Janes Editores S.A. Barcelona.
6. **Condor Surichaqui, Eva Elsa** (2,002). Autoestima y Actitudes hacia la sexualidad en Adolescentes de la ciudad de Cerro de Pasco. Tesis para optar el grado de Magister. Lima.
7. **Consultor de Psicología Infantil y Juvenil** (1,985). Trastorno del Desarrollo. Ediciones Océano-Éxito, S.A. Barcelona.
8. **Ellis Ellis Ph., A. y Abrahms, E.** (1,980). Terapia Racional Emotiva (TRE), Editorial Px. México, D.F.
9. **Enciclopedia Psicología, David G. Myers** (2,005) Editorial Médica Panamericana, 7º Edición, efectuada por Paulina Sigaloff, supervisada por Adriana Latrónico. Argentina.

10. **Field T, Dieter J, Hernandez** (2,004). Infant behavior & Development, 2004; 27: 216-229.
11. **González Napurí, Rosina Mercedes** (2,006). Visión Panorámica del Aborto en el Perú. OMS/OPS.2006; 7(3) 2-15. Lima.
12. **Guarnizo Alfaro, Manuel Fernando** (2,010). Propuesta sobre la vigencia de Legislación Constitucional, Penal, Civil y sus aspectos en el aborto clandestino en el departamento de Puno del año 2006. Tesis para optar el grado de Doctor en Derecho. Puno.
13. **Handabaka García, Jorge**, (2,006). Autoestima y Poder Personal. Editora Distribuidora Palomino E.I.R.L. Lima.
14. **Harold O.J. Brown** (1,983). "El Aborto: Morir antes de Nacer". Editorial. ATE. Barcelona, 1983, pp. 97-98.
15. **Hernández Hernández, Patricia y Santos Dolores, Eunice** (2,007). Factores Personales y Aborto en Adolescentes. Tesis para optar el grado de Licenciado. Veracruz.
16. **Hernández Sampieri, R. y otros.** (1,996). Metodología de la Investigación. Editorial McGraw-Hill. Colombia.
17. **J.S., Mill** (1984). El Utilitarismo. Editorial Alianza. Madrid.
18. **Judá Eriko, S. A, Navarro Soto, Z., Ponte Valverde, S., Tadeo Díaz, M.** (2,008). "Factores Epidemiológicos Frecuentes del Aborto Clínico. Hospital de Apoyo de Barranca. Lima.
19. **Lam N, Contreras,H, Mori E., Hinostroza, W., Hinostroza, R., Torrejón, E. y Coaquira, E.,** (2,008). Factores Psicosociales y Depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima. Revista Peruana de Epidemiología. Volumen 14 – Nº 8. Lima.

20. **Movimiento Manuela Ramos** (2,002). Diagnostico de los Derechos Sexuales y Reproductivos en el Perú. Volumen II. Lima.
21. **Navas Q, A. Bonilla C.** (2,004). Relación a la morbilidad y mortalidad del aborto en el Hospital Bertha Calderón Roque de Managua. OPS-Managua. Nicaragua.
22. **Ney P.,** (1,976). "Relationship Between Abortion and Child Abuse," Canadian Journal of Psychiatry, 24:610-620.
23. **Méndez Álvarez, C.** (1,995). Metodología. Guía para elaborar Diseños e Investigaciones en Ciencias Económicas, Contables y Administrativas. Editorial McGraw-Hill. Colombia.
24. **Merck Sharp & Dohme** (1,997). Manual Merck de Información Médica General. Océano Grupo Editorial S.A. Milanesat 21 - 23. Barcelona.
25. **Ministerio de Salud,** (2,005). Manual de Salud Reproductiva: Métodos y Procedimientos. Editorial MINSA. Lima.
26. **Molina Valdivieso, Lisette** (2,006). Autoestima y Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diabetes. Tesis para optar el grado de Licenciado. Puebla.
27. **Morales Avendaño, Nancy M. y Juan Antonio de los Santos Robledo.** (1996). La Despenalización en el estado de Chiapas del Aborto voluntario dentro de los primeros noventa días de Gestación. México D.F.
28. **Pacheco R., José. y Candiotti V., Jorge** (1,999). Ginecología y Obstetricia. Editores Asociados. Lima.
29. **Perluman D./P.C. Cozby** (1,985). Psicología Social. Nueva Editorial Interamericana. S.A. de C.V. México, D.F.

30. **Peeterers-Ney** (2,004). "Los Efectos Psicológicos del Aborto en la Familia". Editorial ATE. Barcelona.
31. **Perea de Martínez, M, E.,** (2,000). "Adolescencia sin Trampas". Editorial Gladius. Mendoza.
32. **Príncipe Cahuana, Ana Ysabel** (2,002). Nivel de Satisfacción de la Usaria con aborto incompleto sobre la atención que brinda la enfermera en el Instituto Materno Perinatal. Tesis para optar el grado de Licenciada. Lima.
33. **Ponce Valega, Enma Marina** (1,996). Creencias Irracionales en un Grupo de Adolescentes Gestantes y no Gestantes. Tesis par optar el grado de Magister. Lima.
34. **REDESS Jóvenes** (2,001) Publicación Trimestral de REDESS Jóvenes, Año 2. N° 3. Lima.
35. **Revista:** El Aborto-Consecuencias (2,008). Editora DELTA. Lima.
36. **Revista Norte** (1,999). "Aborto: La Marca para siempre". Rosalía Reyes. N° 2. México.
37. **Romeo Gonzales Pavón, José** (2,006). Determinantes de Aborto en Adolescentes, centro de Adolescentes Hospital Berta Calderón. Tesis para optar el grado de Magister. Lima Nicaragua.
38. **Schwarez, Ricardo L., Doverges Carlos A., Gonzalo Díaz A. y Fescina, Ricardo H.** (1,986). Obstetricia. Editorial Ateneo. Lima.
39. **Speckhard** (1,987). Psycho-social Stress Following Abortion, Sheed & Ward, Kansas City: MO, 1987.
40. **Solís Espinoza, A.** (1,991). Metodología de la Investigación Jurídico Social. Editorial Princeliness. Lima.



41. **Tafur Portilla, R.** (1,995). La Tesis Universitaria-La Tesis Doctoral-La Tesis de Maestría-El Informe-La Monografía. Editorial Mantaro. Lima.
42. **Vila Gómez, Doris** (1,997). Creencias Irracionales y Autoestima en Estudiantes Universitarios del primer año de estudios de la Universidad Norbert Wiener”. Tesis para optar el grado de Magister. Lima.
43. **Vildoso Gonzales, Virgilio Simón.** (2,003). Influencia de los Hábitos de Estudio y la Autoestima en el rendimiento académico de los estudiantes de la Escuela Profesional de Agronomía de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman. Tesis para optar el grado de Magister. Lima
44. **Whittaker O., James y Whittaker J., Sandra.** (1,985). Psicología. Editorial Interamericana S.A. México, DF.

#### **Información Electrónica (Internet):**

1. [www.3ra.com.ar/faps/1-tecnicas.htm](http://www.3ra.com.ar/faps/1-tecnicas.htm). García Samartino, Lorenzo y Lic. Bulacio Gustavo. Técnicas Psicoterapéuticas que utilizan Procesos Imaginarios.
2. [www.embarazoinesperado.com/consecuencias.htm](http://www.embarazoinesperado.com/consecuencias.htm). Consecuencias Generales Físicas del Aborto para la Mujer.
3. [www.aciprensa.com/aborto/efectosf.com](http://www.aciprensa.com/aborto/efectosf.com). El aborto Secuelas Físicas del Aborto – Aciprensa.
4. [www.cepvi.com/ret.htm](http://www.cepvi.com/ret.htm), Ciencia y Salud Mental – Terapia Racional Emotiva.
5. [www.vidahumana.org/news/aborto-parto\\_oct.00.html](http://www.vidahumana.org/news/aborto-parto_oct.00.html). Vida Humana Internacional.

6. [www.monografias.com/trabajos5/autoestima.com](http://www.monografias.com/trabajos5/autoestima.com). Autoestima, trabajo por: Verónica García Ortega.
7. [www.parasaber.com/salud/psicologia/autoayda/articulo/aborto-adolescentes-com](http://www.parasaber.com/salud/psicologia/autoayda/articulo/aborto-adolescentes-com). Los efectos psicológicos de un embarazo no deseado en la adolescencia.
8. [www.eumed.net/rev/cccss/03/mamm.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/03/mamm.htm). Aborto en la Adolescencia. Enfoque Integral para Educadores de la Enseñanza Media Superior en contribuciones a las Ciencias Sociales (2,009).

**ANEXOS**

Figura Nº 01

**Etapas del Desarrollo Psicosocial de Erickson**

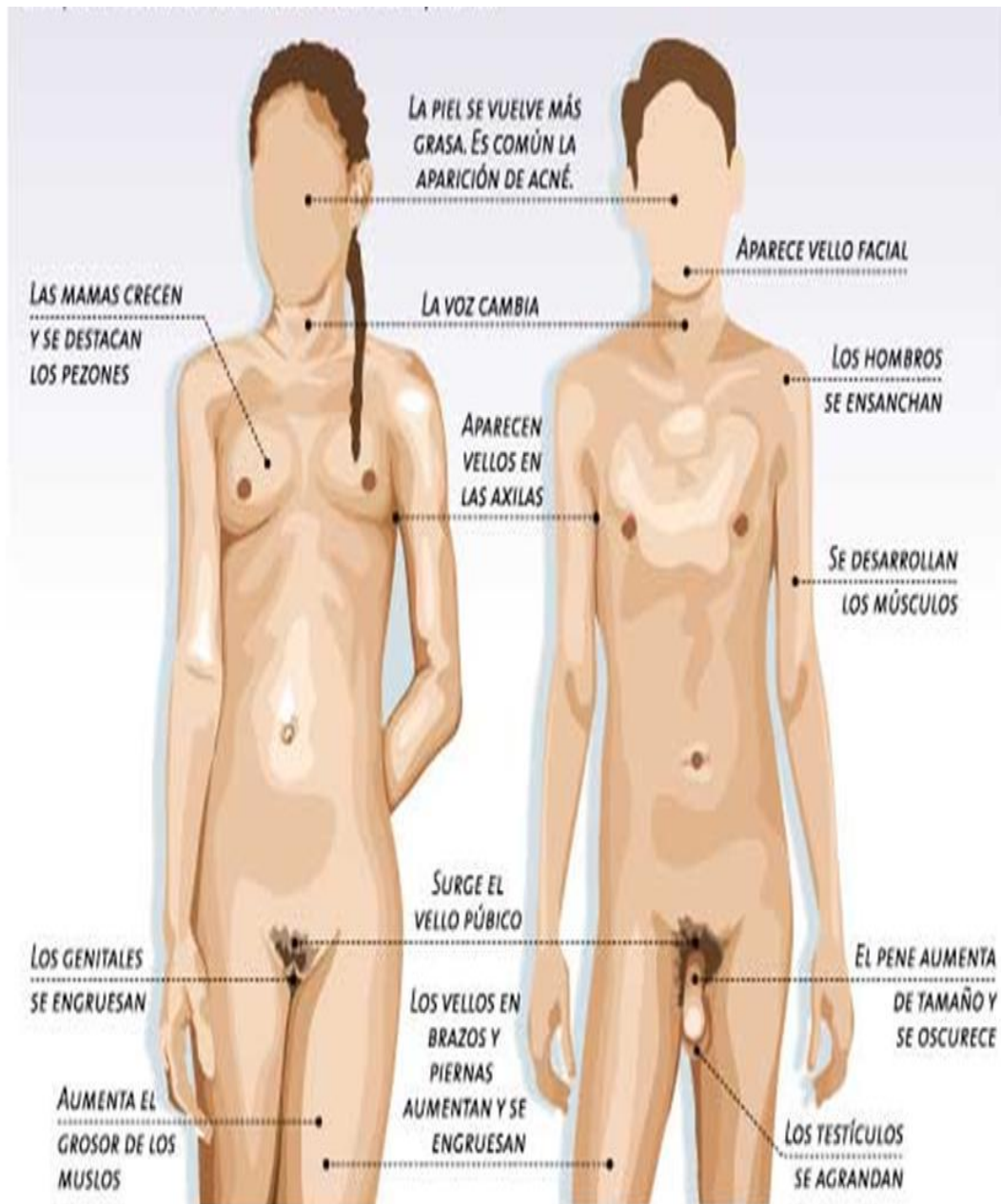
| <b>Etapas De La Identidad</b>                              | <b>Etapas</b>                        | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lactancia.<br>(1er. año)                                   | Confianza versus desconfianza.       | Si los bebés ven satisfechos sus necesidades desarrollan un sentido de confianza básica.                                                                                                           |
| Deambulador.<br>(1 a 2 años)                               | Autonomía versus vergüenza y duda.   | Los niños aprenden a ejercitar su voluntad y a hacer cosas por sí mismos, o bien dudan de su capacidad.                                                                                            |
| Preescolar.<br>(3 a 5 años)                                | Iniciativa versus culpa.             | Los preescolares aprender a iniciar tareas y elaborar planes, o se sienten culpables por sus esfuerzos por ser independientes.                                                                     |
| Enseñanza primaria.<br>(6 años hasta la pubertad)          | Competencia versus inferioridad.     | Los niños aprenden el placer de aplicarse en la ejecución de las tareas, o se sienten inferiores.                                                                                                  |
| Adolescencia.<br>(13 a 20 años)                            | Identidad versus confusión de roles. | Los adolescentes tratan de aclarar su sentido del yo y para ello van probando distintos roles e integrándolos para formar su identidad única, o bien se sienten confundidos acerca de quiénes son. |
| Edad adulta joven.<br>(20 hasta principios de los 40 años) | Intimidad versus aislamiento.        | Los adultos jóvenes se esfuerzan por establecer relaciones más estrechas y por y adquirir la capacidad para amar en forma íntima o bien se sienten aislados socialmente.                           |
| Edad adulta media.<br>(40 a 60 años)                       | Generatividad versus Estancamiento.  | Los adultos de mediana edad descubren un sentido de contribución al mundo, por lo general a través de la familia y del trabajo, o pueden sentir una falta de objetivos.                            |
| Edad adulta. avanzada<br>(desde los 60 en adelante)        | Integridad versus Desesperación      | Cuando reflexionan sobre su vida, los adultos de edad más avanzada pueden experimentar una sensación de satisfacción o de fracaso.                                                                 |

**Fuente:** Enciclopedia Psicología, David G. Myers, Editorial Médica Panamericana, 7º Edición, Argentina (2005), efectuada por Paulina Sigaloff, supervisada por Adriana Latrónico.

## Anexo N° 02

### Figura N° 02

## Cambios Corporales en la Pubertad



**Fuente:** Enciclopedia Psicología, David G. Myers, Editorial Médica Panamericana, 7º Edición, Argentina (2005), efectuada por Paulina Sigaloff, supervisada por Adriana Latrónico.

**Figura Nº 03**

**Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en la**

**Adolescencia**

| Nº                       | FACTORES DE RIESGO                                           | FACTORES PROTECTORES                                   |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>CONTEXTO FAMILIAR</b> |                                                              |                                                        |
| 1                        | familia destrutturada                                        | familia completa                                       |
| 2                        | conflicto intrafamiliar                                      | bajo nivel de conflicto                                |
| 3                        | mala comunicación con los padres                             | buena comunicación                                     |
| 4                        | falta de referente materno                                   | cercanía a la madre                                    |
| 5                        | madre embarazada en adolescencia                             | ausencia de antecedentes de embarazo en la madre       |
| <b>PAREJA/PARES</b>      |                                                              |                                                        |
| 6                        | diferencia de edad                                           | edad similar con el enamorado                          |
| 7                        | diferencia de status socio-económico                         | similar status socio-económico                         |
| 8                        | no pertenencia del/a enamorado/a a grupos de amigos habitual | pertenencia del enamorado/a a grupo de amigos habitual |
| 9                        | mucho tiempo de enamorados                                   | poco tiempo de enamorados                              |
| 10                       | pares sexualmente activos                                    | pares no activos sexualmente                           |
| <b>INDIVIDUALES</b>      |                                                              |                                                        |
| 11                       | tener baja autoestima ( mujeres )                            | tener alta autoestima                                  |
| 12                       | tener más edad                                               | ser menor (menor exposición a riesgo )                 |
| 13                       | ser varón                                                    | ser mujer                                              |
| 14                       | haber desertado del colegio                                  | asistir al colegio                                     |
| 15                       | tener bajo rendimiento escolar                               | tener buen desempeño escolar                           |
| 16                       | carecer de planes para el futuro                             | tener un plan de vida                                  |
| 17                       | asistir a colegios segregados                                | asistirá a colegios mixtos y diurnos                   |
| 18                       | trabajar o trabajar y estudiar                               | solo estudia                                           |
| 19                       | tener una concepción tradicional de genero                   | tener una concepción igualitaria de genero             |

**Fuente:** Libro Redess Jóvenes (Diciembre 1999) Autores: Rosario Arias, Carlos E. Aramburú. Fundación Summit.

**FICHA DE SESIONES**

1. PACIENTE : .....
2. FECHA : 13/12/2010
3. SESION Nº : 0001
- 

**4. OBJETIVOS DE LA SESION:**

- ☐ Identificar emociones negativas de las alumnas.
- ☐ Valorar y elevar el nivel de autoestima.
- ☐ Cambiar y corregir las creencias irracionales por las creencias racionales.
- ☐ Enseñar conductas racionales para una actitud positiva.
- ☐ Desarrollar una actitud positiva para la vida.
- ☐ Cambiar la poca tolerancia a la frustración.

**5. PROCEDIMIENTO:**

- ☐ Técnicas Cognitivas.
- ☐ Técnicas Emotivas.

**6. OBSERVACIONES DURANTE LA SESION**

.....

.....

.....

**7. EVALUACION DE LA SESION (lista de chequeo)**

.....

.....

.....

.....

## TEST

### INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Instrucciones.- Aquí hay una serie de declaraciones. Por favor responde a cada declaración del modo siguiente:

Si la declaración describe como te sientes usualmente, pon un "X" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "igual que yo" ( columna A) en la hoja de respuestas. Si la declaración no describe como te sientes usualmente, pon una "X" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "distinto a mí" (columna B) en la hoja de respuestas. No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas. Lo que interesa es solamente conocer que es lo que habitualmente sientes o piensas.

1. Paso mucho tiempo soñando despierto.
2. Estoy seguro de mí mismo.
3. Deseo frecuentemente ser otra persona.
4. Soy simpático.
5. Mis padres y yo nos divertimos muchos juntos.
6. Nunca me preocupa por nada.
7. Me abochorno ( me da plancha ) pararme frente al curso para hablar.
8. Desearía se más joven.
9. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.
10. Puedo tomar decisiones fácilmente.
11. Mis amigos gozan cuando está conmigo.
12. Me incomodo en casa fácilmente.
13. Siempre hago lo correcto.
14. Me siento orgulloso de mi trabajo.
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer
16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas
17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago
18. Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.
19. Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.
20. Nunca estoy triste.
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.
22. Me doy por vencido fácilmente.
23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.
24. Me siento suficientemente feliz.
25. Preferiría jugar con niños menores que yo.
26. Mis padres esperaban demasiado de mí.
27. Me gustan todas las personas que conozco.
28. Me gusta que el profesor me interroge en clase.
29. Me entiendo a mí mismo.
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.
31. Las cosas en mi vida están muy complicadas.
32. Los demás ( niños ) casi siempre siguen mis ideas.
33. Nadie me presta mucha atención en casa.
34. Nunca me regañan.
35. No estoy progresando en la escuela como me gustaría.
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.
37. Realmente no me gusta ser un muchacho ( muchacha ).



38. Tengo una mala opinión de mi mismo.
39. No me gusta estar con otra gente.
40. Muchas veces me gustaría irme de casa.
41. Nunca soy Tímido.
42. Frecuentemente me incomoda la escuela.
43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.
44. No soy tan bien parecido como otra gente.
45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.
46. A los demás "les da" conmigo.
47. Mis padres me entiende.
48. Siempre digo la verdad.
49. Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.
50. A mí me importa lo que me pasa.
51. Soy un fracaso.
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan.
53. Las otras personas son más agradables que yo.
54. Usualmente siendo que mis padres esperan más de mía.
55. Siempre sé que decir a otras personas.
56. Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela
57. Generalmente las cosas no me importan.
58. No soy una persona confiable para que otros dependen de mí.

## Anexo Nº 6

### HOJA DE RESPUESTAS

#### INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Apellidos y Nombres: .....

Fecha de Nac.:..... Edad:.....

Centro Educativo:..... Sección: .....

Instrucciones: Marca con un aspa (X) al costado del número de la pregunta en la columna V, si tu respuesta es verdad; en la columna F, si tu respuesta es falsa.

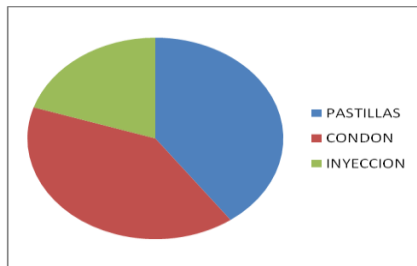
| ITEM | V | F | ITEM | V | F | ITEM | V | F |
|------|---|---|------|---|---|------|---|---|
| 1    |   |   | 21   |   |   | 41   |   |   |
| 2    |   |   | 22   |   |   | 42   |   |   |
| 3    |   |   | 23   |   |   | 43   |   |   |
| 4    |   |   | 24   |   |   | 44   |   |   |
| 5    |   |   | 25   |   |   | 45   |   |   |
| 6    |   |   | 26   |   |   | 46   |   |   |
| 7    |   |   | 27   |   |   | 47   |   |   |
| 8    |   |   | 28   |   |   | 48   |   |   |
| 9    |   |   | 29   |   |   | 49   |   |   |
| 10   |   |   | 30   |   |   | 50   |   |   |
| 11   |   |   | 31   |   |   | 51   |   |   |
| 12   |   |   | 32   |   |   | 52   |   |   |
| 13   |   |   | 33   |   |   | 53   |   |   |
| 14   |   |   | 34   |   |   | 54   |   |   |
| 15   |   |   | 35   |   |   | 55   |   |   |
| 16   |   |   | 36   |   |   | 56   |   |   |
| 17   |   |   | 37   |   |   | 57   |   |   |
| 18   |   |   | 38   |   |   | 58   |   |   |
| 19   |   |   | 39   |   |   |      |   |   |
| 20   |   |   | 40   |   |   |      |   |   |

## Anexo N° 07

### **CUESTIONARIO A ALUMNAS DEL 5to. CICLO DE ENFERMERIA QUE HAN PASADO POR ABORTO**

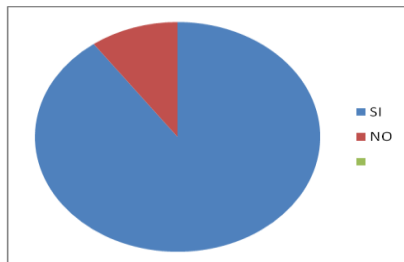
#### **1. CONOCE DE METODOS ANTICONCEPTIVOS?**

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> No       | 0%   |
| <input type="checkbox"/> Si       | 100% |
| <input type="checkbox"/> Mencione |      |
| Pastillas                         | 40%  |
| Condón                            | 40%  |
| Inyección                         | 20%  |



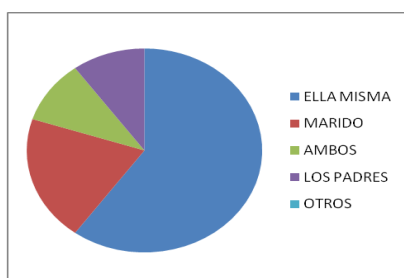
#### **2. ESTE ABORTO HA SIDO PROVOCADO?**

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Si | 90% |
| <input type="checkbox"/> No | 10% |



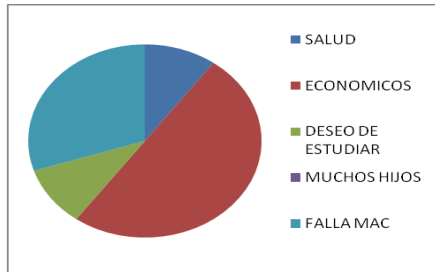
#### **3. QUIEN TOMO LA DECISION DE TERMINAR ESTE EMBARAZO?**

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Ella misma | 60% |
| <input type="checkbox"/> Marido     | 20% |
| <input type="checkbox"/> Ambos      | 10% |
| <input type="checkbox"/> Los padres | 10% |
| <input type="checkbox"/> Otros      | 0%  |



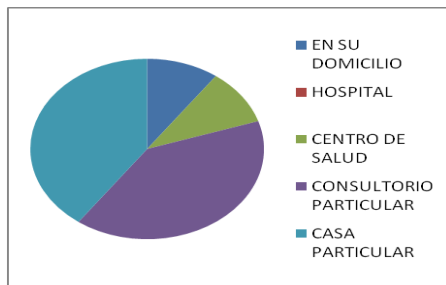
#### 4. CUALES FUERON LAS RAZONES PARA TERMINAR EL EMBARAZO?

|                    |     |
|--------------------|-----|
| Salud              | 10% |
| Económicos         | 50% |
| Deseos de estudiar | 10% |
| Muchos hijos       | 0%  |
| Falla matemática   | 30% |
| Otros              | 0%  |



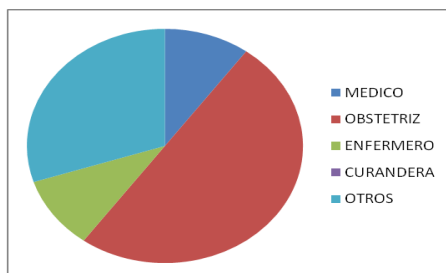
#### 5. EN QUE LUGAR SE REALIZO EL ABORTO?

|                        |     |
|------------------------|-----|
| En su domicilio        | 10% |
| Hospital               | 0%  |
| Centro de salud        | 10% |
| Consultorio particular | 40% |
| Casa particular        | 40% |
| Otros                  | 0%  |



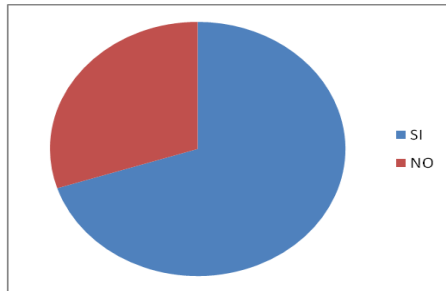
#### 6. QUIEN LA ATENDIO?

|             |     |
|-------------|-----|
| Medico      | 40% |
| Obstetriz   | 30% |
| Enfermera/o | 20% |
| Curandera/o | 10% |
| Otro        | 0%  |



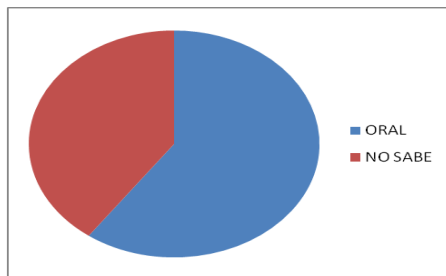
## 7. USO TABLETAS (PASTILLAS) PARA ABORTAR?

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Si | 60% |
| <input type="checkbox"/> No | 40% |



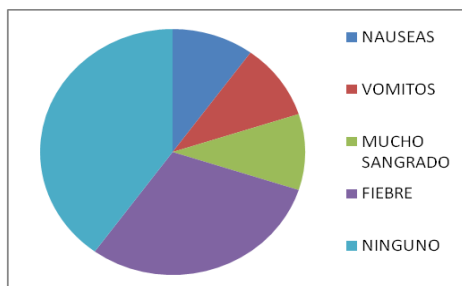
## 8. CUANTAS TABLETAS USO Y POR QUE VIA?

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Oral    | 60% |
| <input type="checkbox"/> No sabe | 40% |



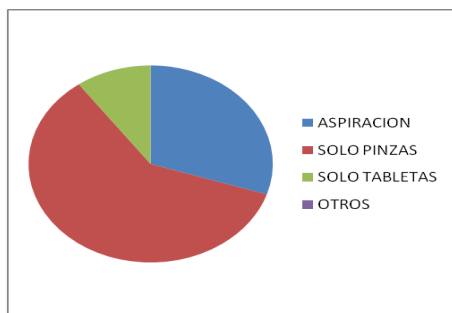
## 9. QUE MOLESTIAS TUVO CON LAS TABLETAS

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Nauseas        | 10% |
| <input type="checkbox"/> Vómitos        | 10% |
| <input type="checkbox"/> Mucho sangrado | 0%  |
| <input type="checkbox"/> Fiebre         | 30% |
| <input type="checkbox"/> Ninguno        | 40% |



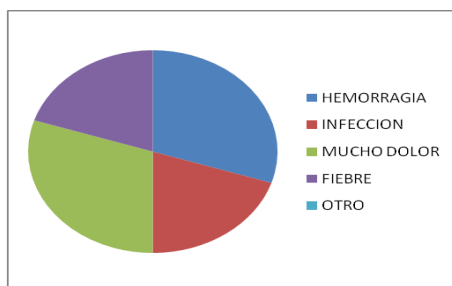
## 10. SE DIO CUENTA QUE METODO USO LA PERSONA QUE REALIZO EL ABORTO?

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Aspiración    | 30% |
| <input type="checkbox"/> Solo pinzas   | 60% |
| <input type="checkbox"/> Solo tabletas | 10% |
| <input type="checkbox"/> Otro          | 0%  |



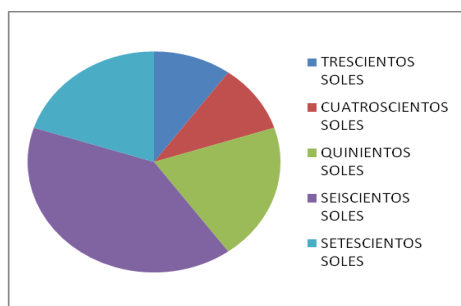
## 11. QUE TIPO DE COMPLICACIONES TUVO?

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia  | 30% |
| <input type="checkbox"/> Infección   | 20% |
| <input type="checkbox"/> Mucho Dolor | 30% |
| <input type="checkbox"/> Fiebre      | 20% |
| <input type="checkbox"/> Otro        | 0%  |



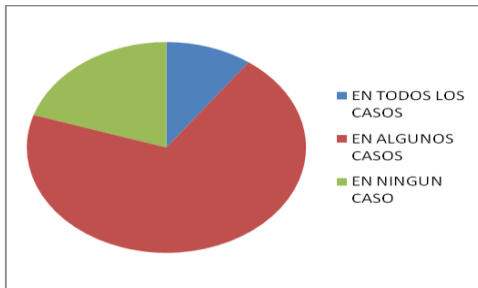
## 12. CUANTO LE COBRO QUIEN LE PRACTICO EL ABORTO?

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> S/. 300      | 10% |
| <input type="checkbox"/> S/. 400      | 10% |
| <input type="checkbox"/> S/. 500      | 20% |
| <input type="checkbox"/> S/. 600      | 40% |
| <input type="checkbox"/> S/. 700ó más | 20% |



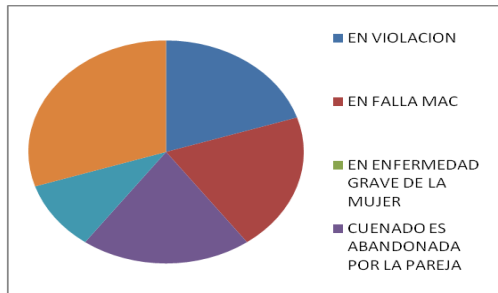
## 13. CREE QUE EL ABORTO DEBERÍA SER LEGAL

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> En todos los casos | 10% |
| <input type="checkbox"/> En algunos casos   | 70% |
| <input type="checkbox"/> En ningún caso     | 20% |



#### 14. EN QUE CASOS CREE QUE DEBERÍA ESTAR PERMITIDO EL ABORTO?

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| 📄 En violación                       | 20% |
| 📄 En falla matemática                | 20% |
| 📄 En enfermedad grave de la mujer    | 0%  |
| 📄 Cuando es abandonada por la pareja | 20% |
| 📄 En problemas económicos            | 10% |
| 📄 En malformaciones congénitas       | 30% |
| 📄 En todos los casos                 | 0%  |



## Anexo Nº 8

**Tabla Nº 1**

### **Resultados del Programa de Intervención Terapéutica basado en la TRE**

| <b>Nº de Alumnos</b> | <b>1 S AREA EMOC</b> | <b>1 S AREA COGN</b> | <b>2 S AREA EMOC</b> | <b>2 S AREA COGN</b> | <b>3 S AREA EMOC</b> | <b>3 S AREA COGN</b> | <b>4 S AREA EMOC</b> | <b>4 S AREA COGN</b> | <b>Puntaje Total</b> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1                    | 2                    | 2                    | 2                    | 3                    | 4                    | 2                    | 3                    | 5                    | 23                   |
| 2                    | 2                    | 1                    | 1                    | 3                    | 3                    | 2                    | 4                    | 4                    | 20                   |
| 3                    | 2                    | 2                    | 2                    | 3                    | 2                    | 1                    | 2                    | 4                    | 18                   |
| 4                    | 3                    | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 4                    | 5                    | 4                    | 26                   |
| 5                    | 2                    | 2                    | 2                    | 2                    | 3                    | 3                    | 4                    | 4                    | 22                   |
| 6                    | 1                    | 3                    | 2                    | 2                    | 3                    | 3                    | 4                    | 4                    | 22                   |
| 7                    | 1                    | 2                    | 4                    | 3                    | 2                    | 4                    | 3                    | 4                    | 23                   |
| 8                    | 1                    | 3                    | 3                    | 2                    | 3                    | 3                    | 2                    | 4                    | 21                   |
| 9                    | 2                    | 2                    | 2                    | 2                    | 2                    | 2                    | 2                    | 3                    | 17                   |
| 10                   | 1                    | 1                    | 3                    | 4                    | 1                    | 3                    | 4                    | 5                    | 22                   |
| 11                   | 2                    | 2                    | 3                    | 2                    | 2                    | 3                    | 2                    | 5                    | 21                   |
| 12                   | 1                    | 2                    | 2                    | 4                    | 2                    | 2                    | 4                    | 4                    | 21                   |
| 13                   | 2                    | 2                    | 4                    | 3                    | 4                    | 4                    | 5                    | 5                    | 29                   |
| 14                   | 1                    | 3                    | 3                    | 2                    | 3                    | 3                    | 4                    | 3                    | 22                   |
| 15                   | 2                    | 2                    | 2                    | 2                    | 3                    | 3                    | 4                    | 4                    | 22                   |
| 16                   | 3                    | 1                    | 3                    | 4                    | 3                    | 4                    | 3                    | 4                    | 25                   |
| 17                   | 4                    | 2                    | 3                    | 2                    | 2                    | 3                    | 3                    | 4                    | 23                   |
| 18                   | 3                    | 2                    | 2                    | 4                    | 3                    | 3                    | 4                    | 5                    | 26                   |
| 19                   | 2                    | 2                    | 3                    | 3                    | 2                    | 4                    | 4                    | 4                    | 24                   |
| 20                   | 2                    | 3                    | 3                    | 2                    | 1                    | 2                    | 4                    | 3                    | 20                   |
| 21                   | 2                    | 4                    | 3                    | 4                    | 4                    | 5                    | 4                    | 5                    | 26                   |
| 22                   | 3                    | 3                    | 2                    | 3                    | 3                    | 4                    | 4                    | 5                    | 28                   |
| 23                   | 1                    | 2                    | 2                    | 3                    | 3                    | 4                    | 4                    | 4                    | 20                   |
| 24                   | 4                    | 3                    | 2                    | 3                    | 3                    | 4                    | 4                    | 4                    | 27                   |
| 25                   | 2                    | 3                    | 3                    | 4                    | 4                    | 3                    | 3                    | 5                    | 27                   |

**Nota:** En Cuatro sesiones (25 alumnas).



## Anexo N° 9

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

| TÍTULO                                                                                                                                              | DEFINICIÓN DEL PROBLEMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | OBJETIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FORMULACIÓN DE HIPOTESIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CLASIFICACIÓN DE VARIABLES                                                                                                | DEFINICIÓN OPERACIONAL | METODOLOGIA                                                                                                                                             | POBLACION                                                             | INSTRUMENTOS                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso de la Terapia Racional Emotiva y su influencia en las secuelas del aborto en alumnas del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión. | <p><b>1.Problema General</b><br/>¿Cómo el uso de la terapia racional emotiva influye en las secuelas del aborto en adolescentes del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión?</p> <p><b>Problemas específicos</b><br/>a.¿De qué manera el uso de la terapia racional emotiva influye en el factor social de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto?<br/><br/>b.De qué manera el uso de la terapia racional emotiva influye en el factor familiar de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto?<br/><br/>c. De qué manera el uso de la terapia racional emotiva influye en el factor académico de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto?<br/><br/>d.De qué manera el uso de terapia racional emotiva influye en el factor personal de</p> | <p><b>1.Objetivo General</b><br/>Conocer como el uso de la terapia racional emotiva influye en las secuelas del aborto en adolescentes del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión.</p> <p><b>2. Objetivos específicos</b><br/>a.Conocer de que manera el uso de la terapia racional emotiva influye en el factor social de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.<br/><br/>b.Conocer de que manera el uso de la terapia racional emotiva influye en el factor familiar de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.<br/><br/>c.Conocer de que manera el uso de terapia racional emotiva influye en el factor académico de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.<br/><br/>d.Conocer de que manera el uso de terapia racional emotiva influye en el factor personal de alumnas que han pasado por las secuelas del aborto.</p> | <p><b>1. Hipótesis General</b><br/>El uso de la terapia racional emotiva disminuye significativamente las secuelas del aborto en adolescentes del 5to. Ciclo de Enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión.</p> <p><b>2. Hipótesis específicas</b><br/>a.El uso de la terapia racional emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto social de las alumnas que han pasado por una secuela de aborto.<br/><br/>b.El uso de la terapia racional emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto familiar de las alumnas que han pasado por una secuela de aborto.<br/><br/>c.El uso de la terapia racional emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto académico de las alumnas que han pasado por una secuela de aborto.</p> | <p><b>1. Independiente</b><br/>Uso de la Terapia Racional Emotiva</p> <p><b>2. Dependiente</b><br/>Secuelas de aborto</p> | Test de autoestima     | <p><b>1.Tipo</b><br/>Cuasi Experimental</p> <p><b>2.Diseño</b><br/>Pre prueba y post prueba</p> <p><b>3.Tratamiento estadístico</b><br/>T - Student</p> | 25 alumnas del 5to. Ciclo de enfermería del I.E.S. Daniel A. Carrión. | <p>Inventario de Autoestima Stanley Coopersmith</p> <p>Terapia Racional Emotiva ( TRE)</p> |

|  |                                                     |  |                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|--|-----------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|  | alumnas que han pasado por las secuelas del aborto? |  | d. El uso de la terapia racional emotiva disminuye significativamente los efectos negativos en el aspecto personal de las alumnas que han pasado por una secuela de aborto. |  |  |  |  |  |
|--|-----------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|